سلسلة التوحد

آليـة الاهتمام بالأطفال التوحديين

الدكتور
هشام مصطفى أحمد السيد
الدكتور
إبراهيم جابر السيد أحمد

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دار الجديد للنشر والتوزيع

٦١٦.٨٥٨٨٣
أ. إ

أحمد ، إبراهيم جابر السيد .
آلية الاهتمام بالأطفال التوحديين / إبراهيم جابر السيد أحمد ، هشام مصطفى أحمد السيد .- ط١.- دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع ، دار الجديد للنشر والتوزيع.
١٩٦ ص ؛ ١٧.٥ × ٢٤.٥سم . (سلسلة التوحد)
تدمك : ٩ - ٥٩١ – ٣٠٨ – ٩٧٧ – ٩٧٨
١. السيد ، هشام مصطفى أحمد (مؤلف مشارك) .
أ - العنوان .

رقم الإيداع : ١١٣٣٠ .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة – بجوار البنك الأهلي المركز
هاتـف- فاكس : ٠٠٢٠٤٧٢٥٥٠٣٤١ محمول : ٠٠٢٠١٢٧٧٥٥٤٧٢٥-٠٠٢٠١٢٨٥٩٣٢٥٥٣
E-mail: elelm_aleman٢٠١٦@hotmail.com & elelm_aleman@yahoo.com

الناشر : دار الجـديد للنشــر والتــوزيع
تجزءة عزوز عبد الله رقم ٧١ زرالدة الجزائر
هاتف : ٢٤٣٠٨٢٧٨ (٠) ٠٠٢٠١٣
محمول ٦٦١٦٢٣٧٩٧ (٠) ٠٠٢٠١٣ & ٧٧٢١٣٦٣٧٧ (٠) ٠٠٢٠١٣
E-mail: dar_eldjadid@hotmail.com

حقوق الطبع والتوزيع محفوظة

تحــذيــر:
يحظر النشر أوالنسخ أوالتصوير أوالاقتباس بأي شكل
من الأشكال إلا بإذن وموافقة خطية من الناشر
٢٠١٩

محتوى الفهرس

محتوى الفهرس ٣
المقدمة ٤
الفصل الأول أشهر البرامج التربوية العالمية للأطفال التوحديين ٥
الفصل الثاني الإعاقة العقلية ٢١
الفصل الثالث اختبارات تقويم النمو ٦٩
الفصل الرابع التغذية العلاجية لمرضى التوحد ٩٣
الفصل الخامس فعالية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي ١٠١
الفصل السادس التربية الخاصة وأطفال التوحد ١٤٦
المراجع ١٥٩
المراجع باللغة العربية ١٥٩
المراجع باللغة الأجنبية ١٦٠

المقدمة

إن أطفال التوحد كغيرهم ، هم أفراد قبل كل شيء لديهم نقاط قـوة فريـدة ولديهم نقاط ضعف ، وما يشترك فيه الأفراد المتوحـدون جميعـاً هـو الإعاقـة الإنمائية ، إعاقة في الاتصال والتي تختلف من فرد إلى آخر، فقد يكـون ذكـاء بعض الأطفال التو حديين متوسطاً أو فوق المتوسط ولذلك يجب أن تبنى الأهداف الأكاديمية على أساس القدرات الفردية للفرد المتوحد ،فقد يحتاج طفل توحدي إلى المساعدة في فهم الموقف الاجتماعي وتطوير الاستجابة المناسبة ، بينما قد يحتاج الآخر إلى المساعدة في التخلص من السلوك التخريبي وسـلوك إيـذاء الـذات ، وبالتالي كما يوجد أفراد توحد مختلفين عن بعضهم البعض فأنه توجد تبعاً لـذلك برامج تربوية علاجية خاصة ومختلفة

الفصل الأول

أشهر البرامج التربوية العالمية للأطفال التوحديين

البرامج التربوية للأطفال التوحديين:

انتشرت العشرات من البرامج التربوية العالمية المصممة للأطفال التوحـــديين، واختلفت هذه البرامج في أسسها النظرية لكنها اشتركت جمعيها في التـــأثير الإيجـــابي الكبير على الأطفال المشاركين فيها تمثل في: زيادة درجات الـــذكاء وزيـــادة الســـلوك الاجتماعي المقبول والتقليل من أعراض التوحد وتطور البديل الصـــفي، عانـــت هـــذه البرامج من مشكلات منهجية مما جعل إمكانية تعمم نتائجها ضعيفة ويوضح ذلك روجرز (Roger, ١٩٨٨) حيث يشير أن الضعف في المظاهر التجريبيـــة للبـــرامج لا يعنـــي بالضرورة عدم فاعليتها وإنما يعني إن فاعلية البـــرامج لـــم يـــتم توضـــيحها بطريقـــة مضبوطة وموضعية.

ومن أشهر البرامج التربوية العالمية:

١. علاج الحياة اليومية: Daily Life Therapy at the Boston Higashi, DLT؛ برنامج ياباني أنشأته الدكتورة كيتاهارا (Kitashara) في مدينة طوكيو عام ١٩٦٤ وتعني كلمة هيجا شي (Higashi) باليابانية (الأمل).

يقوم البرنامج في فحواه على وجود علاقة بين جســـم الطفـــل وعقلـــه وروحـــه وأساليب التدريس اليابانية التي ترتكز على التعلم باستخدام المجموعات والتقليـــل مـــن الاعتماد على التعلم الفردي.

يهدف البرنامج إلى العمل على استقرار انفعالات ومشاعر الأطفال التـــو حـــديين وخلق توازن في جمع مجالات حياة الطفل إضافة إلى العمل على تطوير قدرته العقليـــة والتفكير المنطقي والقدرة على إتباع التعليمات من خلال تطوير مهارات محددة.

افتتح فرع للبرنامج في مدينة (Randolph) الأمريكية عـــام (١٩٨٧م) وكـــان آنذاك جميع المعلمين يابانيين استبدلوا تدريجياً إلى معلمين أمريكيين وضـــم البرنـــامج عام (١٩٩٨م) (١١٣) طالباً بينهم (٢٦) طالباً بريطاني الجنسية تتراوح أعمارهم مـــا بين (٣-٢٢) سنة موزعين مابين المدرسة النهارية والمركز الداخلي.

وساعد افتتاح البرنامج في الولايات المتحدة الأمريكية على تطوره بشكل كبير حيث يستفيد من هذا البرنامج إضافة للأطفال التو حديين الأطفال ذوي الاضطرابات الإنمائية الشاملة وتبلغ نسبة عدد المعلمين إلى الطلبة (١ : ٦) في الصفوف الأمريكية و(١ : ٣) في صفوف الموسيقى والفن والعلاج الطبيعي ومستخدماً منحنى تحليل السلوك التطبيقي ومن خلال:

أ- استخدام إجراءات التلقين والإخفاء يفي تعلم المهارات الجديدة.

ب- التقليل من السلوك غير المرغوب فيه باستخدام الإطفاء والتعزيز التفاضلي للسلوك.

يلتحق الطفل في البرنامج بعد عملية قياس وتشخيص شاملة ودقيقة بالاعتماد على تقارير المختصين والملاحظة المباشرة للطفل وتحليل لشريط فيديو لأداء الطفل ونتائج تطبيق المقياس الخاص بالبرنامج المكون من (١٤) نقطة إضافة لمقياس للمهارات الحركية ومقياس فالند للنضج الاجتماعي ومقياس مكارثي للقدرات العقلية ولا يقبل في البرنامج الأطفال المتوحدين ذوي الأوضاع الصحية الخاصة مثل المصابين بحالات الصرع الشديد.

وبعد التحاق الطفل في البرنامج يتم التخطيط لجميع أوقات الطفل وعلى مدار (٢٤) ساعة مع الأخذ بعين الاعتبار جميع مجالات الحياة لذلك تعتبر مشاركة الآباء في غاية الأهمية من خلال ورش العمل والزيارات المنزلية المنتظمة والمقابلات في المنزل،ويتسق البرنامج مع البرامج العالمية للتوحد التي تتبنى فلسفة المجموعات ولا يتفق مع البرامج التي تقوم على أسلوب التدريس الفردي واحد لواحد أو التي تعطي تدريباً لغوياً خاصاً.

(الشامي ٢٠٠٤ ، ٣٤)

٢. برنامج دوجلاس للإعاقات الإنمائية The Douglass Developmental Disabilities Center :

تعود بداية البرنامج لعام ١٩٧٢ نتيجة التعاون بين جامعة ولاية نيوجرسي (New Jersey State University) وبين المجلس المحلي للمدينة إلا أنه تم افتتاحه رسمياً في عام ١٩٨٧ على يدر هارسي وزملائه (Harries and Colleague) في جامعة رتجرز (Rutgers) يتبنى البرنامج فلسفة الدمج بالتركيز على تعليم الأطفال التو حديين المهارات الضرورية التي تسهل دمجهم في الصفوف العادية باستخدام التعليم المباشر والتدرج بالخبرات،وتتغير نسبة المعلمين إلى عدد الأطفال حسب شدة الحالات حتى تتراوح النسبة من (١ : ١) إلى (١ : ٥) كما تبلغ عدد الساعات التدريسية للبرنامج (٢٥) ساعة أسبوعياً.

يتكون البرنامج من ثلاث مراحل متدرجة للوصول إلى دمج الطفل ألتوحدي في الصف العادي وهذه المراحل هي:

أ- صف ما قبل المدرسة: (Prepclassroom) صف خاص يضم ستة أطفال يتم من خلاله تدريب الأطفال على المهارات الأساسية لعملية الدمج باستخدام منحنى التحليل السلوكي التطبيقي ويتبنى الصف التدريب الفردي واحد لواحد وتكون نسبة عدد المعلمين إلى الطلبة (١:١) وتزداد عدد ساعات دوام الطفل في الصف تدريجياً.

ولللآباء دور كبير في متابعة البرنامج بعد تلقيهم تدريباً مكثفاً على ذلك.

ب- صف المجموعة الصغير: وينتقل الطفل إلى هذا الصف بعد أن يصبح سلوكه تحت السيطرة ويضم الصف (٦) طلاب ونسبة عدد معلمين إلى عدد الطلبة (١:٢) ويقضي الطفل في هذا الصف مدة تتراوح من سنة إلى سنتين يتعلم خلالها السلوكيات الضرورية للالتحاق لصف الدمج.

ج- صف الدمج (integ rated Class): يدمج في هذا الصف ستة أطفال توحدين مع ثمانية أطفال غير توحدين ويشرف عليه معلم رئيسي وثلاثة مساعدين، ويعتمد على أسلوب برنامج علاج الحياة اليومية (Leap) وعلى التعليم العفوي (Incidental) وتنظم البيئة الصفية والتخطيط لتفاعل الطفل مع أقرانه باستخدام

التدريس المنظم علاج وتربية الأطفال التو حديين وذوي الإعاقات التواصلية (TEACCH)
Traetment and Education of Autistic and Communiction Handiapped Children:

أسس البرنامج في العام ١٩٦٤ على يد ابرك سكوبار (Eric Schopler) في جامعة نورث كارولينا الأمريكية في مدينة تشيل هبل North Carolina at Chapel Hill بناء على قرار من الهيئة التشريعية في الولاية.

حصل البرنامج عام ١٩٧٢م على جائزة جمعية الطب النفسي الأمريكية باعتباره برنامج فاعل لتعليم الأطفال ذوي اضطرابات الإنمائية ونظراً لإمكانية تطبيق مبادئه في المدارس العادية.

وصف البرنامج عام ١٩٨٠م من قبل فريق علم نفس الطفولة الإكلينيكي بأنه أكثر برنامج فاعل للأطفال التو حديين وأشار الفريق أنه برنامج وطني نموذجي في تقديم الخدمات للأطفال وذويهم.

يحظى البرنامج حالياً بانتشار محلياً وعالمياً ويطبق في العديد من البلاد ويشرف على أكثر من (١٣٠) صفاً توحيدا في الولاية وعلى العديد من المراكز التي تقدم الخدمات التعليمية للمراهقين والراشدين التي تختلف في درجة تطبيقها للدمج اعتماداً على قدرات كل طفل على حدي.

ينطلق البرنامج من فلسفة الاعتماد على المثيرات البصرية كونها أفضل من المثيرات اللفظية ويشدد على ضرورة التعلم المنظم أفضل وأكثر فاعلية من طرق التعليم الأخرى تتلخص مبادئ البرنامج فيما يلي:

أ- زيادة تكيف الفرد من خلال تطوير مهاراته الشخصية من خلال إجراء التكيف والتعديل في البيئة لتتلاءم مع الصعوبات المرافقة للتوحد.

ب- تصميم برنامج تربوي فردي للطفل من خلال إجراء التقييم الرسمي وغير الرسمي للطفل لذلك طور البرنامج منظومة للقياس مثل (مقيـــاس التوحـــد الطفـــولي (CARS) Childhood Autism Rating Scale وبروفيل (رسم بياني) نفس تعليمي مُـنقح (PER-R) The psychofducalional profile Revised والرسم البياني النفس تعليمـــي للمـــراهقين الراشدين Adult and Adolescent Psychoeducational Profile

ج- استخدام العلاج السلوكي والمعرفي كإستراتيجية للتدخل.

د- تقبل الصعوبات التي يظهرها الطفل والأسرة بشكل غير مشروط والعمـــل علـــى تطوير المهارات لكل منها.

ه- استخدام المثيرات البصرية والتغلب على الصعوبات السمعية باستثمار نقاط القوة عند الطفل.

و- التدريب المكثف والمنظم والتركيز على الإرشاد الفردي والأسري.

يرتكز برنامج التدريس المنظم على ثلاث استراتيجيات رئيسية هي:

- الترتيب المادي لغرفة الصف، بحيث يوفر الأمن للأطفال والعمـــل ضـــمن أجـــواء سعيدة تتسم بالراحة والجاذبية وتسمح للطفل بالتنبؤ باستخدام المحطات التعليميـــة المختلفة.
- الجدولة البصرية التي تزود جميع الطلبة بإرشادات عن فترات زمنية محددة مـــن اليوم الدراسي وتوفر له القدرة على التنبؤ بالنشاطات اللاحقة وتسهل الانتقال مـــن نشاط لآخر.
- تنظيم طرق التدريس باستخدام التعليمات والمعززات.

يعتبر البرنامج الآباء شركاء حقيقيون حيث يعطي للتعاون ما بين أولياء الأمـــور والأخصائيين أهمية بالغة، فالعلاقة تقوم على التعاون والتشارك التبـــادلي للمعلومـــات فهناك اعتراف بخبرة المهنيين بتدريب الآباء واعتراف بخبرة الآباء بصـــفات أطفـــالهم النادرة.

تختلف نسبة عدد المعلمين إلى عدد الطلبة في البرنامج حسب مراحل البرنامج فتكون في بداية البرنامج (١: ١) أو (١:٢) وتصبح عند استقرار الطفل في البرنامج (١:٣) كما أن هناك نظام محكم للتدريب يشترط في الأخصائي العامل في البرنامج الحصول على الشهادة الجامعية الأولى أو الثانية والخبرة في تدريس الأطفال التوحيديين إضافة لتدريب عملي لمدة سنتين قبل تعينه رسمياً في البرنامج.

٤- برنامج ينفر للعلوم الصحية : Dinever Health Sciences Program

(DHSP) وقد أسسه روجرز وزملائه (Rogers &Collegues) في جامعة كولورادو الأمريكية (Colarado) عام ١٩٨١م منطلقين من المنحنى ألنمائي بالاعتماد على نظرية بتاجيه حيث يطبق البرنامج فريق متعدد التخصصات يضم: معلم التربية الخاصة وأطباء متخصصين في طب نفس الأطفال وأخصائي النطق واللغة ومعالج وظيفي ومنسق عام للبرنامج والأنشطة ويُدرب يراقب وينسق عمل أعضاء الفريق.

تبلغ عدد الساعات التدريبية للطفل (٣٤-٤١) ساعة أسبوعية موزعة كما يلي:(١٢) ساعة في الروضة و(١٢) ساعة تعلم فردي و(٧-١٤) ساعة روتين منزلي منظم.

وينطلق البرنامج من أفكار عديدة أهمها:

١. الأسرة جزء لا يتجزأ من البرنامج العلاجي للطفل وكل أسرة وكل طفل حالة فريدة بحد ذاتها.
٢. إمكانية تحقيق الطفل نجاحاً في التعلم كبيرة جداً حيث فالنقص في التعلم الموجود لدى الطفل بسبب قلة الأنشطة التعليمية ومحدوديتها وليس لنقص في قدراته على التعلم.
٣. التوحد اضطراب اجتماعي في الدرجة الأولى فلمهارات التفاعل الاجتماعي أولوية كبيرة ليستطيع الفرد التوحدي أخذ دوره الطبيعي في المجتمع.

٤. التركيز على التواصل اللفظي والرمزي في وقت واحد، حيث تتطور مهارات التواصل اللفظي لدى كثير من الأطفال التوحدين بعد تزويدهم بالتدخلات العلاجية المناسبة والمكثفة في مرحلة ما قبل المدرسة.
٥. التنظيم هام جداً في جميع مجالات تعليم الطفل التوحدي ويشمل التخطيط القبلي للأنشطة التعليمية والقياس المستمر.
٦. يمثل اللعب أداء ذات أهمية كبيرة جدً باعتباره أداة معرفية واجتماعية فعالة في تعليم الأطفال التوحدين.
٧. التركيز على التعلم النهاري بتزويد الطفل على الأقل بـ (٢٠) ساعة تدريبية ويشمل التدريب على ثلاثة أوضاع رئيسية هي:

أ- تدريس الأسرة للروتين اليومي: تحدد الأسرة موضوعات التدريس المناسبة لطفلهم وبشكل يتناسب مع روتينها وأنشطتها الخارجية.

ب- التدريس اليومي الشامل في رياض الأطفال يبدأ الطفل الدوام في رياض الأطفال ابتداء من عمر ٣ سنوات ويتم التخطيط والتعاون الكامل بين أعضاء الفريق للتأكد من استفادة الطفل الكاملة من خبرات الروضة العادية.

ج- التدريس الفردي المكثف: يختلف شكله من طفل لآخر حسب قدراته كما يختلف عند نفس الطفل عبر المراحل التطورية المختلفة، وقد يكون التدريس خلال دوام الروضة أو خارجها، ويشمل العلاج النطق والموسيقى والرقص والفنون ومجموعات اللعب الصغيرة. ويتضمن المنهاج الفردي للطفل ألتوحدي في برنامج ينفر خمسة مجالات هي:

١. مجال التواصل من خلال تعليم الطفل أهمية التواصل والتقليد والإيضاحات الرمزية الإيماءات التواصلية غير اللفظية.
٢. مجال اللعب: التركيز على تطوير مهارات اللعب بصورة مباشرة وفردية للتقليل من العزلة الاجتماعية.

3. المجال الاجتماعي: التركيز على المبادرة في التفاعل الاجتماعي والمحافظة على استمراريته وإنهائه بطريقة جيدة.
4. المجال الحسي: تطوير النظام الحسي عند الطفل ألتوحدي من خلال تطوير مهارات الانتباه والإثارة والانفعال.
5. المجال الحركي: تطور المهارات الحركية الوظيفية الضرورية للعب سواء الدقيقة أو الكبيرة.

5. برنامج ويلدن ما قبل المدرسة Walden Preschool Programme:

أسس هذا البرنامج من قبل ماجي وذيلي وجوك بـز (Mc Gee, Daly and Jacobs) عام ١٩٨٥ ومع ذلك افتتح الصف الأول لهذا البرنامج عام ١٩٩٢م.

يهدف البرنامج لدمج الطفل عن طريق استثمار اهتمامات الطفل وتشجيعه على التفاعل مع زملائه بتطوير مهارات اللغة التعبيرية وتفعيل تعليمه من قبل الزملاء.

يتكون الصف في البرنامج من (١٥-١٦) طفل: (٧) أطفال توحدين و(٨) غير توحدين حيث يعتبر الأطفال العاديين عامل تدخل هام ومفيداً جداً ويتعلم زميله ألتوحدي منه الشيء الكثير لاسيما بعد التعليم المباشر للنمذجه واستخدام التخطيط لجميع النشاطات إضافة للتعلم التقليدي المنظم ويشتمل البرنامج على:

أ- تنظيم البيئة التعليمية لجذب الطفل لنشاطاته المفضلة.

ب- الكشف عن اهتمامات الطفل.

ج- استخدام التعزيز والتلقين.

د- يركز البرنامج في السنة الأولى على اللغة التعبيرية والمهارات اللفظية عن طريق تنظيم بيئة تعليم تلقائية تتيح الفرصة للطفل الاختيار مواضيع التعلم إضافة تزويده بخبرات لغوية طبيعية وفي السنة الثانية يتم تهيئة الطفل لكيفية تعلمه من أقرانه في الصف.

تبلغ ساعات دوام الطفل في البرنامج (٤) ساعات يومياً وتبلغ نسبة عدد المعلمين إلى عدد الطلبة (١: ٣) إضافة إلى (٤-٥) مساعدين في كل صف تعليمي

ويعتبر التواصل مع الأسرة في غاية الأهمية حيث يتاح لها الكثير من فرص التفاعل مع البرنامج والمتمثلة في:

١) برنامج أسري أسبوعي لمدة (٦) أشهر.
٢) الإرشاد المستمر.
٣) حلقات نصف شهرية تعليمية للوالدين.
٤) التواصل المدرسي.

٦- مشروع الأطفال التوحديين Young Autism Project , YAP:

أنشئ في جامعة كاليفورنيا في مدينة لوس أنجلوس الأمريكية (UCLA) University of California at Los Angles ويعتبر البرنامج إحدى تطبيقات نظرية الإشراك الإجرائي التي وضعها سنكر في علم النفس الحديث والتي ترى أن السلوك الإنساني متعلم من خلال ضبط المثيرات السابقة ومن خلال التعزيز اللاحق وتؤكد النظرية على إمكانية تعلم السلوك الجيد من خلال التشكيل وبذلك فهي تختلف عن العلاج السلوكي التقليدي الذي يركز على زيادة السلوك المرغوب فيه من خلال التلقين الذي لا يناسب الأطفال المتوحدين، فمعزهم لديهم سلوك اجتماعي قليل أو لا يوجد لديهم سلوك اجتماعي أو لغوي أو مهارات ملحوظة ومقبولة للعناية بالذات ويركز البرنامج على:

١. الاهتمام بالسلوك ألتوحدي أكثر من الاهتمام بالتشخيص.
٢. التركيز على البيئة الحالية أكثر من التركيز على الأسباب أو تاريخ الحالة.
٣. التركيز على البحث الاستقرائي (inductive) أكثر من التركيز على البحث النظري الاستدلالي Hypothetico deductive.

ويشتق البرنامج مبادئه من نتائج الدراسات السلوكية التالية:

١. لا يؤدي التغير في سلوك ما للتغير في سلوك مرافق وعلى سبيل المثال قد لا يُصاحب الحصيلة اللغوية للطفل تطور ملحوظ في علاقات الطفل مع زملائه أو تطور في مهارات اللعب الجماعي أو مهارات العناية بالذات والتحسن في مهارة ما في مجال معين قد لا يصاحبها التحسن في مهارة أخرى في نفس المجال.

٢. الحاجة الملحة لعلاج شامل لمعظم ساعات يقظة الطفل: تشير نتائج الدراسات أن معدل (١٠-٢٠) ساعة تدريب أسبوعية غير كافية للطفل ألتوحدي وعدد الساعات المناسبة (٤٠) ساعة أسبوعياً يخصص أول (٦-١٢) شهر للبرامج التي تركز على صعوبات النطق واللغة بينما تخصص الساعات الأخرى إضافة لبرامج النطق واللغة لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي مع الزملاء.

٣. عدم استفادة الطفل ألتوحدي من العمل بالمجموعات لا صيما في البداية واستفادته من التعلم الفردي بأسلوب واحد خصوصاً في الأشهر الستة الأولى، ويشمل التدريب الأخصائيين والمهنيين والآباء والطلبة والمتدربين (المعلمين المتدربين) لذلك يتم دمج الطفل ألتوحدي مع الأطفال غير التوحيديين عند تطور مهاراته ليستفيد من سلوكهم الاجتماعي.

٤. ضرورة التخطيط لتعلم المهارة منذ البداية: تشير الدراسات لعدم وجود دليل على تعميم تعلم مهارة من وضع لآخر أو من شخص لآخر أو من وضع تعليمي لوضع آخر، وعلى سبيل المثال فتعلم مهارة معينة في الصف أو المواقف التجريبية لا يؤدي في النهاية لتعميمها إلى البيت والمجتمع.

٥. البرامج التعليمية للأفراد السابقة غير شاملة كونها ركزت على تعليم مهارات محددة لذلك لم تظهر نتائج يمكن التفاؤل بها.

٦. تأثيرات البرنامج العلاجي مختلفة عند الأفراد المشتركين في البرنامج ويمكن أن يؤثر الإجراء العلاجي الواحد بطرق مختلفة عند الأفراد وعلى سبيل المثال فتأثير الإقصاء مختلف عند الأطفال الذين يعانون من عدوان جسدي ذاتي.

٧. تأثير العلاج الطويل مستمر بعكس البرامج العلاجية القصيرة الذي ينتهي تأثيرها بانتهاء البرنامج بل يحدث انتكاسة عند إنهاء البرنامج.

ويتميز هذا البرنامج بورش العمل المتخصصة التي تعقد للفري r العامل مع الطفل بما فيه الوالدين وأبرز ورش العمل ما يلي:

١. الدورة الأولية: ومدتها ثلاثة أيام، وتهدف التقليل من قلق وارتباك آباء الطفل المشترك في البرنامج وتتضمن الدورة: كيفية بدء البرنامج، الإجراءات والأساليب التعليمية، المحتوى وأدوات التعليم، طريقة التوثيق والاحتفاظ بالسجلات، الإشراف، تحليل مشكلات التعلم عند الطفل.

تستخدم في هذه الدورة أسلوب النمذجة وفق أسلوب الواحد لواحد، إضافة لتقديم التغذية الراجعة المناسبة.

٢. الدورة المتقدمة: ومدتها (١-٣) يوم شهرياً في إل (٣-٤) أشهر الأولى من البرنامج يتم خلالها متابعة ومراجعة وتقيم برنامج الطفل كاملاً وتتفتح الأهداف الجديدة المصممة للطفل إضافة لإعادة تقييم مشكلات الطفل.

٣. خدمات المتابعة المقدمة للوالدين خلال ورش العمل وهي نوعين:

أ- الاتصالات الهاتفية الإرشادية الدورية الأسبوعية المبرمجة والتي تتراوح مدتها ما بين (٢٠ دقيقة إلى ساعة) وهي مبرمجة إضافة للمكالمات عند الحاجة.

ب- الإرشاد المهني: يطلب من الأسرة تسجيل شريط فيديو لمراجعة برنامج الطفل والمشكلات التي تعاني منها بحيث لا تزيد مدته عن (٢٠) دقيقة ويقوم الأخصائي بمشاهدته وتقديم الإرشاد المناسب للأسرة.

ج- لقاء جماعي بين قائد الورشة الذي يحمل درجة البكالوريوس في علم النفس كحد أدنى ولديه خبرة في البرنامج لا تقل عن سنتين وبين (١٥) أسرة كحد أعلى يتم خلالها مناقشة المشكلات وتبادل الخبرات والحصول على تغذية راجعة لتطوير خدمات البرنامج عن طريق تقييم موثق من الأسرة حول البرنامج.

يخضع البرنامج لإشراف مهني متخصص حيث يتم مناقشة برنامج الطفل أسبوعياً لمدة (١-٢) ساعة عن طريق لجنة تتكون من المشرف والمعلم الرئيسي والإحصائي المتدرب والوالدين والطفل.

أدت النجاحات التي حققها البرنامج لكثير من أولياء الأمور للتوجه ورفع قضايا على المدارس الحكومية تطالب بضرورة توفير البرنامج في المدارس التي تهتم بالأطفال التوحديين.

٧- برنامج بيهودهن لأطفال ما قبل المدرسة

Baudhuim Preschool Program

افتتح البرنامج في عام ١٩٨٨ م كمدرسة خاصة في حرم جامعة Nova Southeastern في مدينة Lauderdale في ولاية فلوريدا الأمريكية.

يتميز البرنامج بمرونته الفائقة حيث يوفر التدريب المكثف من أسلوب واحد لواحد إلى صفوف الدمج الكامل، ويعتمد البرنامج على أساليب عديدة: أسلوب تدريب المهارات وأسلوب تطوير العلاقات وتقنيات أسلوب التدريس المنظم (TEACCH) والجداول البصرية وأسلوب تبادل الصور.

ويراعي البرنامج عند التخطيط للنشاطات اهتمامات الطفل ودافعتيه ويُركز على البيئة المنظمة وأنظمة العمل المستقل لتطوير مهارات السلوك ألتكيفي والمهارات الاستقلالية والتواصلية والاجتماعية.

ويضم البرنامج أربعة مستويات مختلفة من الأطفال وهي:

١. الأطفال ذوي التوحد الشديد (Children with Severe Autism) يركز البرنامج على تطوير الاستعداد للتعلم مثل الجلوس والانتباه والاستجابة للتعليمات والتقليد والتدريب على التوالي، ويستخدم البرنامج أسلوب التدريس واحد لواحد وأسلوب تبادل الصور (PECS) وتكون نسبة عدد المعلمين لعدد الطلبة في هذا المستوى (١:١)

٢. الأطفال ذوي الإعاقات الإنمائية: ويهدف البرنامج في هذا المستوى لتعلمهم التواصل الدائم من خلال أسلوب التدريس واحد لواحد وأنظمة العمل الاستقلالية وتبلغ نسبة عدد المعلمين لعدد الطلبة في واحد لواحد وأنظمة العمل الاستقلالية وتبلغ نسبة عدد المعلمين لعدد الطلبة في هذا المستوى (١: ٣)

٣. الأطفال ذوي مستويات مُتباينة من الإعاقة، ويتميز هؤلاء الأطفال بقدرات عقلية ومعرفية عادية ويُركز في تعليمهم على تطوير قدراتهم الاجتماعية من خلال التعلم المباشر للغة واللعب والمهارات الاجتماعية ويقضون جزءاً من اليوم الدراسي في البرنامج والجزء الآخر في الصف العادي.

٤. الأطفال ذوي المهارات التواصلية التلقائية ومهارات اجتماعية ومهارات لعب مناسبة: عدد الطلبة في الصف (١٨) طفل نصفهم توحدون ونصفهما الآخر غير توحدين وتبلغ نسبة عدد المعلمين لعدد الأطفال (١: ٦) ويستخدم في هذا الصف التدريس المنظم وأنظمة العمل الاستقلالي والجداول البصرية ويركز في تعليم أطفال الصف على الأمور الوظيفية من خلال روتين المدرسة التقليدية.

٥. تعتبر الأسرة حجر الزاوية الأساسي في البرنامج لذلك تتلقى الأسرة برنامج تدريبي إضافة لتنظيم لقاء أسبوعي دوري مع المرشد، ويُصدر البرنامج نشرة إرشادية شهرية للأسرة، وتُدعى الأسرة لمشاهدة تطور طفلها من خلال غرفة مراقبة خاصة وفي حالة عدم قدرة الأسرة على الحضور يتم إرسال شريط فيديو لها يوضح تطور الطفل يقوم البرنامج بمنح الأسرة تلفاز في حالة عدم وجود تلفاز لديها.

٨- برنامج الخبرة التعليمية كبرنامج بديل

Learning Experience An Alternative Program ... LEAP

وأسس البرنامج سترن كورد سك(strain &Comdisco, ١٩٩٤) عام ١٩٩٤ للأطفال لتوحدين في مرحلة ما قبل المدرسة منطلقين من فلسفة الدمج في رياض الأطفال وأهمية تطوير المهارات الاجتماعية في الظروف الطبيعية باستخدام

المجموعات والاستفادة من خبرات الأطفال الآخرين من خـلال تفاعـل الطفـل ألتوحدي المستمر مع زملائه عبر تخطيط المعلمين الدقيق للنشـاطات وتـوفير فـرص التفاعل الاجتماعي الفعال عن طريق النشاطات الجماعيـة وقـراءة القصـص واللعـب الخيالي المنظم.

ينطلق البرنامج من خمسة افتراضات رئيسية هي:

١. إمكانية استفادة جميع الأطفال التوحيديين في مرحلة ما قبل المدرسة مـن بـرامج الطفولة التي تتبنى فلسفة الدمج.
٢. تزداد فاعلية التدخلات العلاجية في حالة اشتراك الآباء والمختصين.
٣. تزداد فاعلية التدخلات العلاجية في حالـة اسـتمرارها فـي البيـت والمدرسـة والمجموعات الاجتماعية.
٤. إمكانية تعلم الأطفال التو حديين الكثير من السلوك الجيد من قبل أقرانهم من نفس العمر الزمني.
٥. وجوب أن تعكس النشاطات المنهجية الممارسات المناسبة إنمائيا حيث يسـتفيد منها جميع الأطفال سواءً كانوا معاقين أو غير معاقين.

ومن مميزات البرنامج:

١. احترام فردية الطفل عن طريق تحديد الاحتياجات الخاصة لكل طفل مشـارك فـي البرنامج والتخطيط لتلبية هذه الاحتياجات باستخدام التدريس المـنظم وتصـميم منهاج يكون بمثابة دليل ومرشد لنشاطات الطفل.
٢. المعلومات المستمرة يجمع المعلم المعلومات عن مفـردات البرنـامج التربـوي الفردي وسلوك الطفل ومدى تفاعله في الصف للمسـاعدة علـى إيجـاد قـرار باستمرار أو تعديل أو إنهاء البرنامج التعليمي.
٣. التركيز على التعميم: التخطيط للتعميم من بداية تصميم البرنامج التربوي الفردي من خلال تنوع الأمثلة والمجموعات والمعلمين.
٤. توسيع فرص التعليم بتزويد الطفل بعدد كبير من الفرص التعليمية الوظيفية.

٥. التركيز على المهارات الأسرية بالطلب من الأسرة تعزيز التدخل لمدة (٣) ساعات يومياً على الأقل وتزويدها باستراتيجيات تدخل محددة لجميع أوقات الطفل خارج المدرسة.

ويتكون البرنامج من أربعة أجزاء رئيسة هي:

١. صفوف الدمج لما قبل المدرسة ويتضمن كل صف: عشرة أطفال عاديين وثلاثة أطفال توحدين.
٢. برامج تدريب الآباء على إجراءات تعديل السلوك والاستراتيجيات التعليمية لضمان فاعلية التدخلات العلاجية.
٣. نشاطات منزلية محلية.
٤. الدراسات المستمرة للممارسات التعليمية.

يركز البرنامج على الأبعاد والمجالات التالية:

١. المجال الاجتماعي: التفاعل الاجتماعي وخفض سلوك العدوان والانهماك في النشاطات والعناية الذاتية.
٢. مجال اللغة: عدد المفردات التي ينطقها الطفل ألتوحدي والاستجابة للتعليمات.
٣. مجال السلوك: تقليل الروتين والتقليل من أعراض التوحد والتدريب على التوالي.

تبلغ نسبة عدد المعلمين إلى عدد الطلبة (١: ٥) إضافة إلى أخصائي نطق كما يبلغ عدد ساعات التدريب الأسبوعية (١٥) ساعة في المدرسة إضافة إلى التدريب المنزلي.

يولي البرنامج أهمية كبير لترتيب غرفة الصف وتنظيمها فيزيائياً من خلال: إنشاء العديد من الزوايا التعليمية التي تفصل بينها حدود مادية (مثيرات بصرية) ومن أهم الزوايا:

زاوية البيت، الألعاب، الرمل والماء، الكتب، المواضيع الأسبوعية.

يتيح البرنامج الزمني اليومي للصف التوازن بين النشـــاطات المختلفـــة مثـــل الاسترخاء والعمل ضمن المجموعات الكبيرة والصغيرة والعمـــل الفـــردي والنشـــاطات الداخلية والخارجية معتمداً على النموذجية والتقليد والتلقين والإخفاء والتعزيز.

دراسته لثلاثة مساقات في مواضـــيع تتضـــمن تصـــميم المنـــاهج والأســـاليب التعليمية، تعديل السلوك التواصل الفعال ومساقين في مواضيع مختـــارة مثـــل تحليـــل السلوك المتقدم، أنظمة التواصل المساعدة، البرمجة لما قبل مرحلـــة التـــدخل، بـــرامج الانتقال والدمج، البرامج المهنية، ويتطلب دراسة هذه المساقات ٣ سنوات، كما يشترط البرنامج على أخصائي النطق الحصول على درجة الماجستير في النطق إضافة لدراسة مساقات في التحليل السلوكي التطبيقي ولا يسمح لمعلم النطـــق الـــذي يحمـــل درجـــة البكالوريوس في النطق واللغة بالعمل في البرنامج.

٩- برنامج ديكور للتوحد Delaware Autistic prpgrame

وأحد تطبيقات منحنى تحليل السلوك التطبيقي قام بتصميمه بوتـــدي وفرشـــت (Bundy& frost) عام ١٩٨٠ في مدرسة حكومية لولاية ديكور الأمريكية ويستهدف الأطفال التوحيديين الذين تتراوح أعمارهم من (٤٧ شهر إلى ٢١ سنة).

يقضي الأطفال في البرنامج يومياً ٦ ساعات طوال العام الدراسي الـــذي تبلـــغ مدته ٢٤١ يوماً ويكون معلم ومساعد لكل (٤-٥) طلاب توحدين وأخصائي نطق لكـــل (١٢) طالب وأخصائي نفسي لكل (٢٠) طالب ويتلقى كل طالب نصف ساعة يومياً فـــي تعلم التكيف الجسدي إضافة للعلاج الطبيعي والوظيفي عند الحاجة.

يتكون البرنامج من خطوات رئيسية تتمحور في:

١. وضع هدف سلوكي قابل للقياس.
٢. تعزيز الخطوات الصحيحة.
٣. تصحيح الخطوات غير الصحيحة.

الفصل الثاني
الإعاقة العقلية

على الرغم من التقدم الهائل الذي حصل في مجال الإعاقة العقلية مـن حيـث الأسباب وتحديد المفهوم والتعريف والتشخيص وجوانب التأهيـل والتـدريب والوقايـة المختلفة ، إلا أ الوصول إلى فهم مشترك حول معظم القضايا مازال في مراحله الأولية . فالمتتبع لحرك تطور الإعاقة العقلية يلمس مدى التقدم العلمي الذي طـرأ علـى هـذه الظاهرة بشكل تمت فيه دراسة كافة جوانبها لغرض وضع إطار موحد للمفهوم.

أما في الوطن العربي وفي العراق خصوصا ، فإنوا قع ومفهوم هـذه الظـاهرة مازال يكتنفه الكثير من الغموض وعدم الوعي وذلك على الرغم من بعض التقدم الـذي حدث في العقود القليلة الماضية وعلى الأخص في جانب الخدمات المقدمة لهـذه الفئـة من الأطفال .

أولا :تعريف الإعاقة العقلية:

أن تعريف الإعاقة العقلية مر بمراحل عديدة ،وسوف يظل فـي حالـة تطـور مستمر ، وذلك لتأثره بنظرة المجتمع واتجاهاته نحو هذه الظاهرة .

ويمكن تقسيم تعريف الإعاقة العقلية كالآتي :

١ - التعريف الطبي (Definition Medical)

تحدث الإعاقة العقلية بسبب عدم اكتمال عمر الدماغ عند الفرد وذلك لإصابة المراكز العصبية قبل أو بعد الولادة.

٢ -التعريف السيكومتري(Psychometric Definition)

اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء (I , Q) كمحك في تعريـف الإعاقة العقلية ، وقد اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن ٧٥ درجة معاقين عقلياً ، على منحنى التوزيع الطبيعي.

٣-التعريف الاجتماعي (Social Definition)

يركز التعريف الاجتماعي على مدى نجـاح أو فشـل الفـرد فـي الاسـتجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من المجموعة العمرية نفسـها ، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعـة منه .

٤ – تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية

The American Association on Mental Retardation , (AAMR) (Definition)

تمثل الإعاقة العقلية عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهـر دون سن(١٨سنة) وتتمثل في التدني الواضح فبالقدرة العقلية عن متوسط الذكاء + ٧٥) أو – ٥ (يصاحبها قصور واضح في أثنين أو أكثر من مظاهر السـلوك ألتكيفـي مثـل:(مهارات الحياة اليومية ا-لمهارات الاجتماعية-المهارات اللغوية-المهارات الأكاديميـة الأساسية- مهارات التعامل بالنقود- مهارات السلامة) .

ثانيا:أسباب الإعاقة العقلية (Mental Retardation Of Causes)

أن معظم أسباب الإعاقة العقلية غير معروفة حتى الآن إذ تشير المراجع في هذا المجال إلى اكتشاف % ٢٥ من أسباب الإعاقة العقلية وأن % ٧٥ من هذه الأسباب هي غير معروفة حتى الآن.

وللإعاقة العقلية أسباب كثيرة يصعب الفصل بينها ، ويمكن تصنيفها إلـى الآتي:

أ- أسباب وراثية (Hereditary)

١ – قد تنتقل الإعاقة العقلية عن طريق الجينات بنفس الطريقة التي تنتقـل بهـا الخصـائص الجسـمية والنفسية كالطول والقصر والنحافة والسمنة ولونا لجلد .

٢ – قد تحدث الإعاقة العقلية للطفل بسبب انتقال خصائص وراثية شاذة من الآباء تؤدي إلى اضطراب في التمثيل الغذائي في خلايا الجسم تؤدي بدورها إلى تلف في أنسجة

٣- الجهاز العصبي والمخ ، وقد يكون هذا الشذوذ في الكر وموسومات أو في الجينات التي تحملها الكر وموسومات ، وبذلك فإن أي خطأ في الكر وموسومات أو في سلامة عملها يؤدي إلى اضطرابات بيوكيميائية (Biochemical) يسبب تلفاً فبخلايا المخ أو الجهاز العصبي.

ومن هذه الأخطاء التي قد تحدث:

أ- زيادة كروم وسوم في الخلية .

ب- نقص كروم وسوم أو جزء منه .

ت- انتقال كموسوم أو جزء منه إلى كموسوم آخر ليس نظيراً له ، وتحدث هذه الحالة عادة في الكرم وسوم رقم ١٥ الذي ينتقل هو أو جزء منه إلى الكرم وسوم رقم. ٢١

وفيما يلي بعض الأمثلة التي يتضح فيها شذوذ الكر موسومات والتي تنتجع الإعاقة العقلية :

- متلازمة داوتSyndrome Down
- متلازمة تيرنرSyndrome Turner,s
- متلازمة كلاين فلترKlinefelter,s Syndrome
- ثلاثي د (D Trisomy)
- ثلاثي هـ (E Trisomy)
- أما أمثلة شذوذ الجينات والتي تنتج عنها الإعاقة العقلية تتضح . فيما يلي:
  - حالة الفينيلكيتون يوريا(Phenyl Kenton urea)
  - حالة لجلاك وسينيا(Galactosemia)
  - مرض تيساك(Tay – sach,s disease)
  - اضطرابات الغدد الصماء .
  - ضمور الغدة الثيموسية(Thymus gland) نقص في وظيفة الغدة الدرقية(Hypothyrodism)

- لتشوهات الخلقيــة(Congenital anomalies) مثــل : صــغر حجــم الجمجمة (Microcephaly)
- والاستسقاء الدماغي(Hydrocephalus)
- والعامل الايزيسي(Rhesus factor)

ب- أسباب بيئية(Environmental)

يتعرض الطفل لكثير من العوامل التي تؤثر على جهازه العصبي كمــا تــؤثر علــى أنسجة مخه والتي تؤدي في النهاية إلى الإعاقة العقلية.

وتنقسم الأسباب البيئية إلى ثلاثة أقسام :

١ -أسباب قبل الولادة(Prenatal)

الالتهابات الفيروسية والبكتيرية مثل(لجدري والتهاب الكبد الوبــائي والحصــبة الألمانية والزهري):

- تعرض الجنين أو الأم الحامل للإشعاعات.
- استخدام الأدوية والعقاقير الطبية أثناء فترة الحمل.
- إدمان المخدرات والكحوليات والتدخين.
- سوء تغذية الأم الحامل .
- صغر سن الأم وكبر سن الأم.

٢-أسباب أثناء الولادة(Natal)

- إطالة فترها لولادة أو ضعف صحة الأم أو كبر حجم الجنين أو تضــخم رأس الجنين أو نتيجة وضع الجني نفي الرحم بطريقة غير طبعيه أو تأثير العقاقير أثناء الولادة.
- الوضع غير الطبيعي للمشيمة.
- استخدام جفت الولادة (Delivery forceps)
- انفجار الجيب الأمامي (ماء الرأس) مبكراً يؤدي إلى ما يسمى بالولادة الجافة

- الولادة السريعة والتي بها طلق سريع.

٣-أسباب بعد الولادة(Post natal)

- التهاب أغشية المخ السحائية.
- التهاب أنسجة المخ.
- شلل المخ.
- إصابة المخ بالحوادث مثل السقوط من مرتفعات أو الاصطدام بجسم صلب.
- انخفاض في أداء الغدة الدرقية .
- نقص أو سوء التغذية .
- أسباب اجتماعية.
- أسباب مرضية.

ثالثا:تصنيف الإعاقة العقلية

تصنف الإعاقة لعقلية إلى عدة تصنيفات مثل:

١-التصنيف الطبي(Medical Classification)

يقوم التصنيف الطبي على أساس تصنيف حالات الإعاقة العقلية وفقاً لأسبابها وخصائصها الإكلينيكية المميزة.

ويتضمن هذا التصنيف مسميات مثل:

- متلازمة داون(Down Syndrome)
- الاستسقاء الدماغي(Hydrocephalus)
- صغر حجم الدماغ(Microcephaly)
- كبر حجم الدماغ(Macrocephaly)
- الفينيلكيتون يوريا(Phenyl keton urea)
- القراءة أو الصاع(Critinism)

٢-التصنيف التربوي(Educational Classification)

يهدف التصنيف التربوي إلى وضع الأفراد المعاقين عقلياً في فئات تبعا للقدرة على التعلم ، وذلك من أجل تحديد أنواع البرامج التربوية اللازمة هؤلاء الأفراد.

ويتضمن هذا التصنيف ثلاث فئات هي:

- فئة القابلين للتعلم(Educable Mentally Retarded)
- فئة القابلين للتدريب(Trainable Mentally Retarded)
- فئة الاعتماد يون(Severly and profoundly Handicapped)

٤- تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية

(System AAMD Classification)

يعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية من أكثر التصنيفات قبولاً بين المختصين فيهذى المجال .

ويتضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية الفئات التالية:

- الإعاقة العقلية البسيطة(Mild Retardation)
- الإعاقة العقلية المتوسطة(Moderate Retardation)
- الإعاقة العقلية الشديدة(Severe Retardation)
- الإعاقة العقلية الشديدة جداً.(Profound Retardation)

رابعا:تشخيص الإعاقة العقلية:

أن الهدف الأساسي من عملية تشخيص الإعاقة العقلية هو تقديم الرعاية المتكاملة والشاملة وفي الوقت المناسب،لذا يجب أن يتم التشخيص من خلال الأبعاد التالية :

١- البعد الطبي (التاريخ الوراثي ، المظهر الجسمي والحركي، العوامل المسببة ، الفحوصات المبرية)

٢- البعد السيكومتري (مقاييس القدرة العقلية مثل مقياس ستانفورد بينيه للذكاء ومقياس وكسار للذكاء).

٣- البعد الاجتماعي (مقاييس السلوك ألتكيفي مثل مقياس الجمعية الأمريكية AAMR , ABS)

٤- البعد التربوي (مقياس التحصيل التربوي مثل مقاييس المهارات اللغوية، العددية ، القراءة ، الكتابة ، ..... الخ)

□

خامسا:خصائص الإعاقة العقلية:

يتشابه المعاقون عقلياً في صفة واحدة وهى الإعاقة ويختلفون في كافة المظاهر.
يمكن حصر الخصائص العامة للمعاقين عقليا في خمسة جوانب كما يلي :

١- الخصائص الجسمية: **تأخر في النمو الجسمي، صغر الحجم ويكونوا أقل وزناً من أقرانهم ويعانون من تشوهات جسمية وتأخر في الحركة والاتزان .**

٢- الخصائص العقلية: **يتمتعون بذكاء أقل وتأخر النمو اللغوي مع الضعف في: الذاكرة، الانتباه، الإدراك، التخيل،التفكير، الفهم والتركيز**

٣- الخصائص الاجتماعية: **يعانون غالبا من ضعف في التكيف الاجتماعي، نقص في الميول والاهتمامات، عدم تحمل المسئولية الانعزالية، العدوانية مع تدنى مفهوم الذات .**

٤- الخصائص العاطفية والانفعالية: **وهي عدم الاتزان الانفعالي،عدم الاستقرار وكثرة الحركة، سرعة التأثر أحياناً وبطء التأثر أحياناً أخرى مع ردودا لفعل أقرب ما تكون إلى المستوى البدائي.**

سادسا: بعض نظريات التعلم في تفسير الإعاقة العقلية للإفراد القابلين للتعلم:

١- النظريات السلوكية:

تفسر النظريات السلوكية الإعاقة العقلية على أنها نقص في الخبرة والتحصيل لدى المعاقين عقليا والسلوك يكون محدودا بالنسبة لهم ، وهذا التفسير يختلف عن تفسيرات النظري الأخرى، إذ توظف هذه النظرية في ميدان الإعاقة الفكرية على أساس زيادة الفرص التي يمكن أن تؤدي إلى زيادة انجاز المعاق فكريا أو زيادة تعلُّمه وذلك عن طريق التحكم أو التغيير في الظروف البيئية.

وهناك خطوات وضعتها هذه النظرية سميت بخطوات" التعلُّم الإجرائي" يمكن أتباعها من قبل المربين أو المعلمين لذوي الإعاقة العقلية وهي: إيجاد عدد من الدلائل التي يمكن أن تؤدي إلى الاستجابة المرغوب فيها.

١. تحديد نوع الترابط الذي نريده والذي يمكن أن يؤثر في الاستجابة المرغوب فيها.
٢. التعزيز الايجابي قد يكون مناسبا في معظم حالات تعديل السلوك ويكون بحذر.
٣. تعزيز أنماط السلوك البسيطة الناجحة مباشرة مع عدم ترك التعزيز لوقت أخر.
٤. تحديد النشاطات التي يرغب فيها المعاق والتي يمكن أنتصالح فيما بعد كمعززات للسلوك.
٥. تخفيف تقديم التعزيزات للطفل المعاق فكريا تدريجيا حتى يصبح التعزيز فيما بعد داخليا.

أما أساليب تعديل السلوك في ضوء النظريات السلوكية فهي كالأتي:

- استخدام عملية تشكيل السلوك :Shapping وهذا يعني تعزيز المعاق كلما اقترب من السلوك النهائي المرغوب فيه.
- التسلسل :Chaning بمعنى انه كلما قام المعاق بإعطاء مجموعة محدودة من الاستجابات تشكل تعلما لمهمة ما نقوم يعزز المعاق على هذا الأداء.
- استخدام نموذج (النمذجة) :Modeling وهو تقليد المعاق لمهمة عرضت أمامه حتى يتمكن من تقليدها،وقد أثبتت الدراسات التي أشارت إلى التقليد أنه من أفضل الأساليب التي يمكن استخدامها في تعديل السلوك أو التعليم.

٢- النظريات المعرفية " بتاجيه ":

ترى النظريات المعرفية إنا لمعاقين عقليا يظهرون صعوبة في التعبير عن أفكارهم لغويا مقارنة مع أقرانهم العاديين ،لذلك فان المعلم يجب أن يتأكد من أن المعاق عقليا قد فهم ما مطلوب منه من أسئلة أو تعليمات وتوجيهات في الصف ،كما يجب أن تكون طريقة تدريسه وتعليمه تتناسب مع قدرة التلميذ المعاق على الفهم والاستيعاب ، كما يجب توفير النشاطات التعليمية بشكل يتناسب معال استعدادات والقدرات لدى المعاق عقليا ونموه الجسمي...الخ.

ومن أساليب تطبيق مفاهيم النظرية المعرفية مع المعاقين عقليا هي:

- لا ضرورة لتعزيز المبالغ فيه، وإنما بحسب ما يتناسب مع قدراته الجسمية والعقلية.
- قياس وتقويم مستوى الاستعداد لدى المعاق عقليا عند تعلُّم المهارة.
- تزويد المعاق بالمواد التي تعمل على تطوير المفاهيم المناسبة لكل مرحلة من مراحل النمو العقلي.
- الحرص على التفاعل الاجتماعي لما له دور مهم في عملية النمو وتكوين المفاهيم وعمليات التمثل والموائمة والتنظيم والتوازن.
- التمهل وعدم التعجل في تعليم المعاق عقليا في مرحلة معينة بل تعطيه الوقت الكافي لذلك وهذا ما يتطلبه المعاقين فكريا.

٣-نظرية التعلم الاجتماعي"الملاحظة-التقليد- المحاكاة- النمذجة"

تؤكد هذه النظرية على دور وأهمية السياق الاجتماعي لسلوك الفرد، ففي المدرسة نجد أن أخصائي التعلُّم الاجتماعي يؤكد على التفاعل ما بين المتعلمين أنفسهم وما بين معلميهم أكثر من الاهتمام بسياسة التدريب أو التعليم.

وترى هذه النظرية بأن الفرد لديه دافع فطري طبيعي للقيام بسلوك الإقدام وسلوك الإحجام ، وهما يتأثران بعاملي العمر والدافعية،فهو يقترب من السلوك الذي يسره ويحجم عن ما يؤذيه.

ومن أسالب تطبيق مفاهيم نظرية التعلم الاجتماعي طريق "الملاحظة والتقليد والنمذجة" كما يأتي:

٦. رسم المهمات والظروف أمام المعاق فكريا بنوع من التفاؤل مع توفيرفرص لزيادة إمكانية نجاحه في أدائها، والعمل على مساعدته دون الوقوف الموقف المحايد عند فشله.
٧. العمل على اختيار المهمات المطلوبة من المعاق فكريا بعناية تامة معال استعانة بالوسائل التعليمية لزيادة نجاحه فبأدائها.

٨. أن تكون التوقعات تجاه المعاق واقعية بحيث لا تتوقع الفشل أو الإهمال ممن قبله حتى لا تؤثر على فاعليته وتؤدي إلى رسم أهداف تافهة .
٩. التيقظ من السلوك ألتجنبي الذي يقوم به المعاق عقليا والعمل على تعديله وفــق أساليب تعديل السلوك المختلفة .
١٠. مراقبة المعاقين حتى يمكن أن نميز كيف يمكنهم أن يتعلّموا الكثير عن طريــق المحاكاة والتقليد للنموذج،خاصة إذا كانت الاستجابة جديدة أو السلوك المــراد أدائه جديدا فالمعاق عندما يرى نموذجا معينا من السلوك فانه يقــوم بتقليــده وهذا التقليد بمثابة تعزيز للسلوك.
١١. يتأثر المعاق في تقليد النموذج في عامل الجنس ونوعـــه، ونتــائج الســلوك المقلد.
١٢. يتركا لنموذج المقلد على المعاق اثر السلوك المتعلم كأثر النمذجة، وأثر الكف، وأثر استدراري.
١٣. يمكن أن يشاهد المعاق ويتعلّم من النماذج الحية (الآباء، المعلمين، الأقــران، الأقارب).
١٤. يمكن أن يشاهد المعاق ويتعلّم من النماذج الرمزية غير الحية (تعليمات لفظية، كتابية، صور،....الخ) والنماذج التمثيلية وأفلام الكارتون
١٥. يمكنه تقليد نماذج السلوك الاجتماعي المثالي بالمجتمع، والبيت ،لذا يجــب أن يكون الآباء والمعلمين قدوة بالسلوك الحسن أمامه.

الإعاقة الحركية:

أولا:التطور التاريخي لتربية وتأهيل الأشخاص المعاقين حركياً:

لقد وجدت الإعاقة من حيث وجود الإنسان والأسباب المؤدية إليها ولكن رعايتهم لم تكن موجودة ــ ولم تكن موجودة الخدمات التربوية لتفي باحتياجــات الأفــراد غيــر العاديين ، وأدت التطورات السريعة في الفلسفات الاجتماعية وفي نظريات التعلم وفي

المجالات التكنولوجية إلى ثورة مستمرة جعلت العمل في مجال التربية الخاصة فيه من الإثارة بقدر ما به من صعوبة.

وقد عرف الإنسان الإعاقة الحركية منذ أكثر من خمسة آلاف سنة ، فشلل الأطفال عرفه الإنسان منذ أكثر من خمسة آلاف سنة ، إلا أنّ أول وصف عبادي له ظهر عام ١٧٨٩م.

وأول حملة واسعة لنطاق التطعيم بلقاح السالك نفذت عام ١٩٥٤م ، وبعد أن كان شلل الأطفال أكثر أسباب الإعاقة الحركية شيوعاً في عقد الأربعينات فقد تم القضاء عليه في بعض دول العالم عام ١٩٦٦م.

وفي القرن العشرين كان هناك شعور عام في الأوساط الطبية بعدم الكفاية وفعالية أساليب العلاج الطبي التقليدي ، ولذلك انبثقت البرامج التربوية والتدريبية نتيجة القناعة بأن الجراحة والرعاية الجسمية لا تكفيان ، وقد تطورت البرامج التربوية والتأويلية لخدمة الأفراد المعاقين جسمياً الذين كانوا يمكثون في المستشفيات لفترات طويلة ليست إصابتهم بأمراض مثل شلل الأطفال والسل.

وبعد ذلك أصبح هناك إحساس تدعيم ، وازداد تدريجياً بحاجة ذوي الإعاقات الحركية الشديدة إلى البرامج التربوية الخاصة. وهكذا كان الأشخاص ذوو الإعاقات الحركية الشديدة يمكثون في المستشفى أو البيوت ، وقد تغيرت الصورة تدريجياً مع بداية القرن العشرين حين بدأت بعض الدول بإنشاء صفوف خاصة للمعاقين حركياً في المدارس العادية.

وكانت نماذج التعليم متنوعة ، وتشمل التعليم في المنزل والمستشفى أو الصفوف ، وأنشأت بعض الدول مدارس خاصة للأطفال المعاقين ، وهذه المدارس مكيفة من حيث المداخل والأبواب والحمامات لتسمح للطلبة بالتحرك والتنقل دون حواجز.

وكان القانون العام (١٤٢/٩٤ سنة ١٩٧٥م) والمعروف باسم (التربية لكل الأطفال المعاقين) الذي تبنّته الأمم المتحدة من أهم القوانين التي نادت بالرعاية والتعليم والتشغيل للمعاقين ، كما نادت الأمم المتحدة بأن يكون عام ١٩٨١م عاماً دولياً للمعاقين بقصد لفت أنظار العالم ودُوَله إلى مشكلة المعاقين والذين يبلغ تعدادهم (٤٥٠ مليون) معوقاً.

وقد هدفت من وراء ذلك إلى مساعدة المعاقين على التكيف النفسي والحسي على المجتمع والتشجيع على تقديم المساعدة والرعاية والتدريب والإرشاد إلى المعوقين وإتاحة فرص العمل المناسب لهم وتأمين دمجهم الشامل في المجتمع وهذا بالإضافة إلى تنظيف الجهود ، وتوعية بحقوق المعوقين في المشاركة في مختلف نواحي الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والإسهام فيها.

ثانيا: تعريف الإعاقة الحركية .

١ -تعريف ذو الإعاقة الحركية بصفة عامة [هو الشخص الذي لديه سبب يعوق حركته] وكما جاء بأحد التعارف أن المعاق هو (الذي لديه سبب عاق لحركته أو يعوقها نتيجة لفقدان أو خلل وعاهة في العضلات والعظام تؤثر في قدرته على التعلم وعلى أن يعول نفسه

٢-تعريف آخر: الأشخاص ذوا لإعاقة جسميا هم أولئك الأشخاص الذين يعانون من حالة عجز عظمية أو عضلية أو عصبية أو حالة مرضية مزمنة تحد من قدرتهم على استخدام أجسامهم بشكل طبيعي مما يؤثر سلبا على إمكانية مشاركتهم في واحدة أو أكثر من النشاطات الحياتية.

٣-ومنا لتعريفين السابقين نستطيع أن نخرج بتعريف لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا بأنها تمثل حالات الأفراد الذين يعانون من خلل في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل لدى بعضهم على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي مما يستدعي الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة.

ثالثا:تصنيف الإعاقة الحركية:

ويمكن تصنيف الإعاقة الحركية التي تحدث عند الكائن الحي بشكل عام إلى مشكلات ترجع في العادة إلى فترة الحمل ، وهي ما يتعرض له الإنسان في بداية تكوينه وأثناء وجوده في رحم أمّه أو أُناء عملية الولادة أو نتيجة أخطاء تقع من قبل الطبيب أو من يقوم مقامه مثل نقص الأوكسجين ، أو استخدام خاطئ لبعض الأدوات الخاصة بعملية الولادة ، وعدد قليل نسبياً يرجع إلى صعوبات محددة تحدث بعد الولادة ، مثل الحوادث التي يتعرض لها الإنسان ، ومثل هذه الإعاقات التي تحدث هي:

- **الشلل المُخِّي (١).**
- **الشلل المنفرد.**
- **شلل جانب واحد.**
- **الشلل الثلاثي.**
- **الشلل النصفي السفلي.**
- **الشلل المزدوج (الرباعي).**
- **شلل الجانبين.**

وكما أن هناك حالات أخرى من الإعاقات الحركية، مثل:

- **إصابات الحبل ألشوكي.**
- **الوهن العضلي.**
- **العمود الفقري المشقوق.**

(١) الشلل المخي هو عجز عصبي ـ حركي ناتج عن خلل عضوي في مراكز ضبط الحركة في المخ ، وتشير كلمة شلل في هذا المصطلح إلى أي ضعف أو نقص في القدرة على الضبط والتحكم في العضلات الإرادية يكون ناتجاً عن اضطراب أو خلل في الجهاز العصبي ، كما يعتبر من أكثر الاضطرابات الحركية شيوعاً ، حيث يؤثر على ما يقارب الأمراض ، بل على أنه حالة تتميز بمجموعة من الأعراض. كما تختلف الأعراض للشلل المخي باختلاف الجزء أو الأجزاء في المخ التي أصابها التلف ، وتتضمن هذه الأعراض ـ الشلل المنفرد ـ شلل جانب واحد ـ الشلل الثلاثي ـ الشلل النصفي السفلي ـ شلل الجانبين ـ الشلل المزدوج (الرباعي) كما ذكرنا سابقاً.

- إصابات الرأس (٢).
- التصلب المتعدد.
- انحناءات العمود الفقري (٣).
- الروماتيزم.
- حالات أخرى، مثل:

أ. البتر: هو فقدان طرف واحد أو أكثر جزئياً أو كلياً.

ب. التقوس المفصلي العضلي المتعدد.

ج. الضمور العضلي ألشوكي.

د. تشوهات الركبة.

رابعا::خصائص المعاقين حركياً :

تتعدد مظاهر الإعاقة الحركية كما تختلف درجة كل مظهر من مظاهرها ، وقد يكون ذلك التعدد في النوع مبرراً كافياً لصعوبة الحديث عن الخصائص السلوكية للمعاقين حركياً ، إذ تختلف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية عن المظاهر الأخرى ، وعلى سبيل المثال ؛ قد نجد الخصائص السلوكية للأطفال وذوي الشلل الدماغي متمايزة عن الخصائص السلوكية للأطفال المصابين بالصرع ، وهكذا.

وعلى ذلك يصعب على الدارس لموضوع الخصائص السلوكية أن يجد خصائص سلوكية عامة للمعوقين حركياً ، ولذلك سنشير هنا إلى بعض الخصائص السلوكية العامة كالتحصيل الأكاديمي وإلى السمات الشخصية العامة بالنسبة لبعض مظاهر الإعاقة

---

(٢) ومن أنواعها:
أ. الارتجاج الدماغي ، ونادراً ما تؤدي هذه الإصابات إلى مضاعفات طويلة المدى.
ب. الرضّة الدماغية ، وهي أكثر خطورة من الارتجاج الدماغي ، فهي قد تعني وجود نزيف دماغي مما قد يترتب عليه مضاعفات خطيرة تتطلب الوقاية ، منها إجراءات طبية وربما جراحية طارئة.
جـ. كسور الجمجمة ، التي قد تؤدي إلى حدوث تلف دماغي في الحالات الشديدة.
د. النزيف الدماغي ، الذي قد يحدث نتيجة انفجار أحد الشرايين ، وذلك قد يهدد حياة الإنسان.

(٣) ومن أنواعها:
أ. الجنف: هو ميلان وانحناء جانبي العمود الفقري.
ب. البزخ: هو انحناء العمود الفقري إلى الأمام.
جـ. الحدب: هو انحناء العمود الفقري إلى الوراء.

الحركية. أما بالنسبة للخصائص السلوكية الشخصية للمعوقين حركياً فتختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية ودرجتها ، وقد تكون مشاعر القلق والخوف والرفض والعدوانية من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية ، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية.

خامسا:أسباب الإعاقة الحركية

تتنوع أسباب الإعاقة الحركية لتنوع الإعاقات ذاتها ، وبوجه عام فالإعاقة الحركية تتنوع أسبابها ، فمنها:

١- مرحلة ما قبل الحمل:

لاشك أن العوامل الوراثية تحدد قدراً كبيراً من طبيعة العمليات الإنمائية للجنين والطفل الرضيع حديث الولادة ، ومن المعروف أن المكونات الجينية للجنين مركبة من نواة الخلايا في تركيب يطلق عليه الكر وموسومات، ويحمل كل كروم وسوم عدداً من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية والتي تعرف بالموروثات.

تتكون الخلية الأولى للجنين من ستٍّ وأربعين كروم وسوم تنظم في ثلاثة وعشرين زوجاً ، اثنان وعشرون زوجاً من هذه الكر وموسومات متشابهة تماماً ويطلق عليها (الصفات العادية) ، في يحين يحدد الزوج الباقي جنس الجنين ويطلق عليه كروم وسوم الجنس.

٢- مرحلة ما بعد الحمل:

بعد حدوث الحمل يكون الاهتمام في هذه المرحلة مركزاً.

حول ناحيتين هامّتين:

الناحية الأولى: هي توفير الحالة الصحية السليمة للجنين.

الناحية الثانية: هي وقاية الجنين من التعرض لأي تأثيرات على ذلك حالات أمراض الأم ، ومنها:

١. المرض الكلوي المزمن.
٢. السكري.
٣. حالة تسمم الحمل.
٤. عامل (– RH) (العامل الايزيسي)
٥. سوء التغذية.

سادسا:الوقاية من الإعاقة الحركية :

١. توفير المعلومات الكافية حول الإرشاد المهني من حيث أهدافه وأساليبه والجهات التي تقوم به في المجتمع المحلي بالنسبة للأسر التي أنجبت معوقين في الماضي.
٢. تحليل دم كل من الزوجين ، والتأكد من أن دم الأم لا يحمل العامل الايزيسي (- RH) ، وإذا حدث وثبت أن الأم تحمل هذا العامل فمن الواجب حقنها بالحقنة المضادة بإشراف الطبيب.
٣. التأكد من التاريخ الاجتماعي لسلامة كلا الزوجين وخلوه من حالات الإعاقة الحركية قبل أن يقرر الإنجاب.
٤. الامتناع عن الإجهاض المفتعل باستعمال الأدوية والطرائق الشعبية.
٥. يفضل تلقيح الأم ضد مرض الحصبة الألمانية ، بفترة شهرين قبل الحمل على الأقل.
٦. الامتناع عن الإدمان على التدخين أو الكحول كلياً.
٧. على الأم الحامل أن تتجنب أشعة اكس خلال فترة الحمل ، إذ قد يترتب على ذلك إعاقة الجنين.
٨. تجنب تناول الأدوية مهما كانت الظروف إلا بأمر وإشراف الطبيب.
٩. على الأم فحص الدم عند بداية الحمل وفي الأشهر الثلاث الأخيرة منه لتجنب ضغط الدم ومعرفة فئة الدم.

١٠. إجراء الفحص الطبي الدوري للأطفال، فالمتابعة الصحية قد تحول جون حدوث حالات إعاقة محتملة، والفلسفة البناءة هي أن لا يتم الانتظار إلى أن تحدث المشكلات أو تتفاقم أو تستفحل.

سابعا:أنواع البرامج التربوية للمعاقين حركياً:

١ـ مراكز الإقامة الكاملة:

تكون هذه المراكز في الغالب ملحقة بالعيادات الطبية أو المستشفيات، وتصلح هذه المراكز للأطفال المصابين بالشلل الدماغي واضطرابات العمود الفقري ووهن العضلات ، وهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى الرعاية الصحية ، لذا فإنّ هذه المراكز في العادة تلحق بالعيادات الطبية والمستشفيات ، إذ إنّ مثل هؤلاء الأطفال يحتاجون باستمرار إلى إشراف كامل من قبل الأطباء أو الممرضين ذوي الاختصاص.

٢ـ برامج الدمج الأكاديمي:

هذا النوع من البرامج يتناسب مع ذوي الشلل الدماغي البسيط أو مرض السكري أو الربو أو التهاب المفاصل ، حيث يكون للطلبة فصولٌ خاصة بهم في المدارس العادية أو في فصول عادية تربطه تنظيم البيئة المدرسية لتتناسب مع الظروف الصحية التي يوجد فيها هؤلاء الطلبة أي مع إعاقاتهم.

٣ـ مراكز التربية النهارية:

هذه المراكز تتناسب في العادة مع ذوي الإعاقات العقلية الناتجة عن الشلل الدماغي ، إذ إنّ الأطفال يجب أن يتلقوا في هذه المراكز النهارية برامج علاجية بالإضافة إلى البرامج التعليمية كالعلاج الطبي، ويجب أن تتناسب هذه البرامج ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي ودرجة الإعاقة العقلية ، كما يجب القيام ببرامج التأهيل المهني بجميع حالات ذوي الإعاقات الحركية.

□

ثامنا:تعليم المناهج للأطفال المشلولين دماغياً:
وذوي الإعاقات الحركية الأخرى:
أولاً: الخصائص العامة للمناهج المناسبة:-

يجب أن يكون المنهج وظيفياً ، فيركز على المهارات الضرورية للطفل لكي يتكيف في مجتمعه والعيش باستقلالية – بمعنى آخر- يجب أن تكون المهارات وظيفية، فيتم تعليمها للطفل بناءاً على عمره الزمني وليس عمر الطفل فقط، خصوصاً في حالة الطفل الذي يعاني من إعاقة شديدة ، فالمناهج التقليدية تستند إلى ما هو معروف عن مظاهر النحو السوي ، ولكن الفروق بين المعوق وغير المعوق تزداد وتتضح أكثر مع تقدم السن بمعنى آخر ، فكلما تقدم عمر الطفل المعوق المستند إلى النمو الطبيعي ومراحله ، فلا يكون وظيفياً ومفيداً مع تقدم العمر.

وعند تحديد المهارات نراعي القضايا الأساسية الآتية:-

- يجب تقديم الخدمات التربوية بشكل متواصل لا بشكل متقطع ، ويجب الاهتمام بالأهداف الطويلة الأمد وليس قصيرة الأمد.
- يجب التركيز على استخدام المواد الطبيعية في التدريس ، فاستخدام المواد الاصطناعية لا يساعد الطفل على اكتساب المهارات العلمية.
- إن مساعدة الطفل على العيش المستقل والمنتج في مجتمعه الكبير يتطلب دمجه مع الأطفال غير المعوقين بشكل متواصل وكامل.
- يجب عدم التركيز على تعليم الطفل المهارات التي لن يستخدمها في المستقبل.
- إذا كان هدفنا في التربية الخاصة هو مساعدة الطفل على اكتساب المهارات الضرورية للأداء المستقل فإن علينا تحديد تلك المهارات وتدريسها.

ثانياً: الأهداف العامة للمناهج:-

تتصل الأهداف المتوخاة في البرامج التربوية الفردية بنواحي النمو المختلفة ؛ الحركية -العضلية- الاجتماعية والانفعالية ، وتعتمد الأهداف على طبيعة إعاقة الطفل وعمره وقدراته العقلية والإعاقات الأخرى الموجودة لديه.

وقبل تعليم الأطفال يجب أن ينصب الاهتمام على الجوانب الآتية:

١- المهارات الحركية:

لما كانت القدرات الحركية ضرورية لتأدية النشاطات الحياتية- اليومية فإنّ الجزء الحركي قد يؤثر على المظاهر الإنمائية المختلفة ، فالشلل الدماغي يعمل على كبح النضج العصبي ، لذا لا تختفي الانعكاسات الحركية الأولية ولا تظهر ردود الفعل الوضعية والحركية الأكثر تطوراً.

٢- المهارات الاجتماعية:

كثيراً ما يعاني الأطفال المعوقون حركياً من صعوبات انفعالية من نوع آخر ، وتتصل هذه الصعوبات في العادة بردود فعل الطفل لإعاقته واستراتيجيات التفاعل والتعايش التي يلجأ إليها من جهة ، وردود فعل الآخرين واتجاهاتهم وتوقعاتهم من جهة أخرى ، لذا يجب أن تؤكد المناهج على تطوير المناهج الإنمائية الاجتماعية ، وهذا يتم تحقيقه بأساليب متنوعة أهمها الدمج.

٣- المهارات المهنية:

يتطلب إعداد الشخص المعوق حركياً لتحمل المسؤولية والعيش المستقل تخطيط وتنفيذ برامج التدريب المهني المناسب ليس بعد سنيّ الدراسة فقط ؛ بل في أثنائها أيضاً ، ويشمل التدريب المهني التعريف بعالم العمل والمهن ومتطلبات واكتساب الأنماط السلوكية المهنية.

٤- مهارات العناية بالذات:

تنبؤ مهارات العناية بالذات مكانة مهمة في تربية الأطفال المعوقين حركياً، ذلك أنها ضرورية للاستقلال الذاتي، فهؤلاء الأطفال - خصوصاً ذوي الإعاقات الشديدة - لديهم حاجات كبيرة فيما يتعلق بتناول الطعام والشراب والتدرب على استخدام الحمام والنظافة الشخصية وارتداء الملابس.

وهناك عدة أساليب لمعالجة المشكلات المتصلة بتناول الطعام والشراب، ومـــن هذه الأساليب وضع الطفل بحيث ينخفض مستوى التوتر العضلي لديه أو تقل الحركـــات اللاإرادية، وهذه العملية تعتمد على حالات الطفل، وبشكل عام يجب أن يبقى رأس الطفل منتصباً إلى الأمام ويبقى الجذع مستقيماً ومنبســطاً دون أي انحنـــاء، ويجـــب تجنـــب الانبساط الزائد في الرأس والجذع.

وكثيراً ما نحتاج إلى ضبط فكّي الطفل أثناء الأكل ، ويتم ذلك باستخدام أصابع اليد ، أما في ما يتعلق بمهارات ارتداء الملابس وخلعها فيجب أن يـــتم تعليمهـــا وفقـــاً للتسلسل ألنمائي.

الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

أولا:تعريف السلوك السوي والمضطرب انفعاليا:

يتكون السلوك العادي من تفاعل مجموعة كبيرة من القوى، بعضـــها داخلـــي والبعض الآخر منها خارجي؛ وذلك حين يحاط الموقف بمؤثرات خارجية. وقد يبدو لدى البعض بأن السلوك بسيط في مظهره، ولكنه في واقعه أعقد بكثير..

١. تعريف السلوك السوي فيمكننا أن نعرفه بأنه: ذلك السلوك الذي يواجه الموقف بما يقتضيه ذلك الموقف في حدود ما يغلب على سلوك الناس تجاه نفس الموقف. فإذا كان الموقف يستدعي الحزن ظهر سلوك الحزن، وإن كان يستدعي الضحك ظهـــر سلوك الضحك وهكذا..

٢. تعريف السلوك المضطرب فهو: عدم مناسبة الانفعال من حيث شدته أو من حيث نوعه للموقف الذي يعيشه الفرد، فالفرد السوي يكون انفعاله مناسباً للموقف الذي يثير الانفعال سواء من حيث الانفعال أو شدته.

٣. تعريف آخر للسلوك المضطرب : النمط المتكرر والثابت مـــن الســـلوك العـــدواني وغير العدواني الذي تنتهك فيه حقوق لآخرين أو قيم المجتمع أو قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت أو المدرسة ووسط الرفاق والمجتمع علـــى أن يكـــون هـــذا السلوك أكثر من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات الأطفال والمراهقين.

ثانيا:معايير تحديد السلوك المضطرب:

١ـ المعيار الإحصائي:

تذهب فكرة التوزيع الطبيعي إلى أن الطبيعة تميل بصورة عامة إلـى الاعتـدال والتوسط بما تنطوي عليه من الحقائق والحوادث والمظاهر الكمية، وأكثر الحالات تقـع في حقل المتوسط بينما لا تقع في حقل التطرف إلا قليلاً.

٢ـ المعيار الذاتي أو الفردي:

وُضِع هذا المعيار من قبل العالمان "موس وهانت" في كتابهما عن أسـس علـم الشذوذ النفسي، حيث يذهبان في تحليل البناء الشخصي لكل منا إلى الآراء التي نعتنقها عمن هو الشاذ ومن هو السوي، فنحن – كما يقولان– ننظر إلى الناس ونلاحظ ظروفهم وتصرفاتهم وكثيراً ما نقول عنها أنها (سوية) لأنها لا تنسجم مع أفكارنا، وبأنها (غيـر سوية) إذا كانت لا تنسجم مع أفكارنا.

٣ــ المعيار الاجتماعي:

يؤيد المعنيون بالأمور الاجتماعية اعتماد هذا المعيار من اللذين ينادون بضرورة إعطاء الأسس الاجتماعية المكانة الأولى في بحث الطبيعة الإنسانية، فالمجتمع ــ كمـا يرونه ــ يضم مجموعة من العادات والتقاليد والأفكار التي تسود سلوك الأفـراد الـذين يتألف منهم، فإذا خرج الأفراد عن هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبـر سـلوكهم شاذاً. وهكذا يعد سلوك الأفراد المتوافقة وقيم المجتمع هو السلوك السوي، وبعكسه أي عند عدم التوافق بينهما فيعد السلوك في حينها سلوكاً شاذاً.

٤ــ المعيار الطبيعي:

يعتبر هذا المعيار من أقدم المعايير، حيث يرى القائلون بهذا الاتجاه بأن الطبيعة كاملةٌ من حيث الأصل، وأن الشذوذ هو الانحراف عن أشكل السلوك الظاهري للطبيعـة الأصلية لأنواع الحيوان، فلدى كل حيوان من الحيوانات الدوافع والغرائز التي زُوِّد بهـا وبالتالي ارتبطت بسببها أنماط من السلوك الأساسية لديه.

إن الاستوائية أو النظامية في هذا المعيار يعتمد على العمل وفـق مـا تقتضـيه الطبيعة، ما الشذوذ فيكون عند الناس عندما يعملون بما يخالف الطبيعة ــ حسب وجهة نظرة من يتبنى هذا المعيار في تحديد الشذوذ.

٥ــ المعيار النفسي الموضوعي:

وينطلق هذا المعيار من فكرة النظر إلى الوظائف العملية المعقدة التـي ينطـوي عليها السلوك، ويعتقد منظرو هذا المعيار بأن الشذوذ يكمن في الاضطراب الشديد الذي تظهر آثاره في السلوك ووظيفته. حيث يقول "جاس ترو" في حديثه عن الشاذ والسوي أن (الشذوذ لا يكمن في الحادث العجيب، ولا هو مجرد الاختلاف عن الغير، وإنما يكون الشذوذ في تلك الحالة التي تختلف عن غيرها التي يقودنا تحليلنا إليها إلى معرفتنا حول طبيعتها لتكشف لنا هي نفسها عن المعنى الحقيقي للشذوذ).

وهناك مفهوم يدعى مفهوم "فحص الحالة"، ولهذا المفهوم اتجاهان فـي تطبيقـه للتأكد من وجود حالة الشذوذ، وهذان الاتجاهان غالباً ما يؤديان إلـى نفـس النتيجـة، وهما:

أ. اتجاه يعتمد على تحليل الحالة النفسية في وظائفها ونوع نشاطها وأعراضها والآثار التي تخلفها في سلوك الفرد، من حيـث أن السـلوك هـو محصـلة لمجموعة من الوظائف.

ب. اتجاه ينطلق من نظرية النظم في تكون السلوك، فهو ينظر إلـى الشخصـية على أنها منظومة معقدة تنطوي على عـدد مـن الـنظم الفاعلـة النشـطة والمتداخلة، وإن الاضطراب الذي يحدث في السـلوك لـيس إلا أذىً يلحـق بعنصر قابل للتغير ضمن نظام من الأنظمة، وأثر في عمل ذلك النظام، ونـتج عن ذلك تغير في عمل النظام أدى وره إلى التأثير على أنظمة أخرى.

٦ـ المعيار التكاملي أو ألسريري:

يسميه البعضُ المعيار التكاملي بالصريري لأنه معيار مرن واسع، يمكننا من صياغة التفاصيل الدقيقة لتعريف الفرد المبني على معرفة خصائصه الفردية ومتطلباته الأساسية.

ويشمل هذا المعيار التكيف والتكامل والنضج وإرضاء الذات وسلامة المجتمع، ويتجاوز المعيار التكاملي حقيقة التكيف الفردي إلى الشروط الاجتماعية التي يفرضها العلم والتجربة، وكذلك فهو يحترم قيمة الفرد ويمنحه الحرية في الاختيار، وهذا المعير لا يتفق مع ما هو شائع، بل يتفق مع المعرفة المتوفرة حول الفرد والمجتمع وحاجات الكائن البشري على مختلف المستويات العضوية والنفسية والاجتماعية.

إن لهذا المعيار آثاراً هامة وتطبيقات مفيدة في تشخيص السلوك الشاذ وعلاجه والوقاية منه، فلا يعالج الفرد الشاذ بإخضاعه للشروط الاجتماعية القائمة بصرف لنظر عن الطبيعة الذاتية لذلك الفرد، بل يعتمد على تصحيح شخصية الفرد وتقويتها ودفعها للنمو في مساراتها الفردية، بالإضافة إلى تصحيح علاقاته بالأسرة وسائر الأوضاع الاجتماعية التي تعيقه وتمنعه.

ثالثا: نسبة انتشار المضطربين سلوكياً :

في الواقع ليس هناك نسبة نهائية أو أرقام محددة لتحديد نسبة انتشار المضطربين سلوكياً، ولا تزال هناك حاجة ماسة لدراسة عميقة على عينات مختلفة من المجتمع، وإن الحصول على عينة تمثل المجتمع الأصلي قد يكون أمراً ممكناً إذا ما استخدمنا الأساليب الإحصائية الحديثة، ولكن المشكلة تتمثل في التعريف الذي سنعتمد عليه في تشخيص الاضطرابات السلوكية من جهة، ومن جهة أخرى فإن معايير السلوك السوي أو السلوك المضطرب تختلف من مجتمع لآخر، ومن ثقافة لأخرى..

ويشير تقرير أوردته "هيئة الصحة النفسية للأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية" في مؤتمرها عام ١٩٧٠ إلى أن شكلاً من أشكال لرعاية النفسية مطلوبة

لنسبة تقدر بين (١٠ـ ١٢%) من أطفال وشباب أي مجتمع، و(٢%) على الأقل محتجون لرعاية متخصصة من أخصائيين ومعالجين نفسيين بينما هناك (٨ ــ ١٠ %) يمكن رعايتهم بواسطة أفراد متخصصين مثل الأخصائي النفسي في المدرسة أو بمعرفة مدرس متخصص للمعوقين.

أما "مكتب التربية في الولايات المتحدة الأمريكية" في عام (١٩٧٠) فيقدر نسبة المضطربين انفعالياً بحوالي (٢ %)، أما "بوار" فيقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعالياً بحوالي (١٠ %) من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية.

رابعاً: خصائص وصفات المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

أولاً:ـ الصفات الانفعالية والاجتماعية:ـ

١. الاجتماعية المميزة للأفراد المضطربين سلوكياً أو انفعاليا وهناك عدة أسباب تؤدي لحدوث السلوك العدوان يمنها:

أ. العوامل العضوية. ب . الإحباط. ج.الغريزة التعلم.

٢. السلوك الإنس حابي: وهو سلوك انفعالي يتضمن الترك أو الهرب من مواقف الحياة بحيث إنها من وجهة نظر إدراك الفرد، ممكن أن تسبب له صراعاً نفسياً أو عدم راحة، ويوصف الطفل الإنس حابي بأنه منعزل، خمول، خجل، خائف، مكتئب، قلق، لديه أحلام يقظة.

٣. السلوك الفجّ: ويُقصد به ذلك السلوك غير الناضج انفعاليا والذي يصدر عن الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً مقارنة مع ما يتوقع ممن يماثلونهم في العمر الزمني من الأفراد العاديين.

٤. القلق: يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوحي بالخوف والتوتر والاضطراب، وهذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع مصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد.

٥. السلوك الهادف إلى جذب الانتباه: وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يقوم الطفل

٦. السلوك الفوضوي: هو السلوك الذي يتعارض مع سلوك الفرد أو الجماعة، يتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، الضحك، التصفيق، والضرب بالقدم، وسلوكيات أخرى تعيق النشاطات القائمة، وتتضمن هذه السلوكيات العجز في الاشتراك بالنشاطات واستخدام الألفاظ السيئة.

٧. عدم الاستقرار: ويتضمن التقلب في المزاج من حزن إلى سرور، ومن السلوك العدواني إلى السلوك الإنس حابي، زمن لهدوء إلى الحركة، ومن كونه متعاوناً إلى كونه متعاون، وهكذا.

٨. التكرار: هو النزعة إلى نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط، بحيث يجد الأطفال صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر، هذه المثابرة قد تكون لفظية أو جسدية، فقد يستمر الطفل بالضحك مدة طويلة بعد سماع نكتة عندما يكون الآخرون قد توقفوا عن الضحك، أو أن يجيب على سؤال بعد مدة طويلة بحيث يتعدى المدة المنسابة، أو أن يستمر في الكتابة على ورقة إلى أن يصل إلى نهايتها، أو أن يستمر في ترداد كلمة معينة أو رقم معين، وهكذا.

٩. مفهوم ذات سيء : هو إدراك الشخص لذاته كفرد، أو ابن، أو ابنة، أو طالب، أو صديق، أو متعلم، وهكذا بحيث يكون غير متقبل بالمقارنة مع فعالية الذات.

١٠. السلبية: هي المقاومة المتطرفة والمستمرة للاقتراحات، والنصائح، والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين.

ثانياً: الخصائص العقلية والتحصيلية (الأكاديمية):-

أ ـ الذكاء: أظهرت نتائج الدراسات أن متوسط ذكاء الطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً بدرجة بسيطة ومتوسطة هي في حدود (٩٠ درجة) أي في حدود المتوسط والطبيعي، وعدد قليل من الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً أعلى من المتوسط، كذلك فإن نسبة كبيرة من الأطفال المضطربين سلوكياً تعتبر – من حيث نسبة الذكاء– ضمن فئة بطيئين التعلم وفئة التخلف العقلي البسيط.

ب ـ الفهم والاستيعاب:يكون بعض الأطفال غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة، ويستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات وسلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة، ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة باستخدام مهارات حسابية ميكانيكية، ولا يستطيعون فهم معنى النتائج.

جـ ـ الذاكرة: الذاكرة هي القدرة على استرجاع المعرفة المتعلمة سابقاً، فبعض الأطفال لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة، فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل الملابس والأدوات وموقع صفوفهم.

دـ عدم الانتباه: هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، يوصف الطفل قليل الانتباه وليس لديه القدرة على إكمال لمهمة المعطاة له في الوقت المحدد.

ثالثاً: خصائص خاصة بالأطفال المضطربين سلوكياً والمعوقين انفعالياً بدرجة شديدة واعتمادية:-

أ ـ العجز في مهارات الحياة اليومية: يفشل هؤلاء في القيام بأبسط مهارات العناية بالذات، فمنهم غير قادرين على ارتداء ملابسهم أو إطعام أنفسهم أو الذهاب إلى التوالي بمفردهم من عمر (٥–١٠) سنوات.

ب ـ انحراف الإدراك الحسي: من الشائع أن يعتقد البعض بأن كثيراً من الأطفال المضطربين انفعالياً بشكل شديد أنهم مكفوفون أو صمّ، ويبدو هذا لأنه يظهر نسياناً كثيراً لما يدور حوله، وهو كثير التجاهل للناس، ولا يتفاعل بالمحادثات مع الأشخاص الآخرين ولا يتأثر بالصوت العالي أو بالأضواء الساطعة، وباختصار فهو لا يستجيب إلى المؤثرات البصرية والسمعية كما يتأثر بها الطفل العادي الذي يسمع ويرى.

جـ عجز الإدراك: يصعب إخضاع معظم الأطفال المضطربين انفعاليا بشكل شديد لاختبار، والذين نستطيع تطبيق اختبارات ذكاء وتحصيل عليهم يحصلون على درجات منخفضة جداً وكأنهم متخلفون عقلياً بدرجة شديدة.

د ــ غير مرتبط بالآخرين: أكثر ما يقلق بالنسبة لسلوك الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بشكل شديد، أنهم يستجيبون للآخرين (بما فيهم الوالدين والأقارب) كشيء مادي، فالطفل يتجنب الوالدين والآخرين عندما يحاولون إظهار الحب والعطف والاهتمام به.

ح ــ انحراف اللغة والكلام: مُعظم الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة لا يتكلمون أبداً أو يُظهرون عدم فهم للغة، ويظهر بعضهم احتباس الكلام، أو يرددون كل ما يسمعون دون إضافة شيء.

ط ــ الإثارة الذاتية: السلوك النمطي أو المتكرر الذي يفيد فقط في إثارة الحواس هو شائع لدى الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً بدرجة شديدة، وإثارة الذات يمكن أن تأخذ أشكالاً عدة، مثل الحركة المستمرة، أو الدوران حول هدف معين، أو الضرب باليدين على الأشياء، أو التحديق بالأضواء وهكذا...

ي ــ سلوك إيذاء الذات: يؤذي بعض الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً أنفسهم بدرجة شديدة عن قصد وبشكل متكرر، ولذلك يجب إبقاؤهم مقيدين حتى لا يقوموا بتشويه أنفسهم أو قتلهم، ويبدو أنهم فاقدو الحس بحيث لا يشعرون بألم إيذاء الذات.

ك - العدوان ضد الآخرين: ليس من الغريب أن يقوم الأطفال المضطرون سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة بتفريغ انفعالاتهم وغضبهم بشكل ضرب وإيذاء وعدوان ضد الآخرين.

ل - التكهن بمستقبل حالتهم ضعيف: فهم في مستوى المعاقين عقلياً، ويتطلب وضعهم إشرافاً ورعاية دائمين حتى بعد سنوات.

خامسا:تشخيص الأطفال المضطربين سلوكياً (انفعاليا) :

- ❖ يصعب في كثير من الأحيان التعرف على الطفل المضطرب انفعاليا الذي يكون غير مزعج أو مقلق للآخرين. ولكن يسهل التعرف على أولئك المضطربين الذين يجلب سلوكهم انتباه الأخرى، ولهذا فمن النادر أ، تكون هناك مشكلة حقيقية في معرفتهم وتحديدهم، كذلك فإن الأطفال الذين لديهم اضطرابات في الشخصية يسهل معرفتهم من قبل العاملين في المدرسة.
- ❖ وعند الشك بوجود اضطرابات انفعالية لدى بعض التلاميذ فيفضل عرضهم على المختصين في المدرسة لتقرير حالتهم وجمع المعلومات عنها، حتى يتم تقييم المشكلة تقييماً سليماً،ويتم تقييم المشكلة من خلال:

أولاً:ـ البعد الأكاديمي: ويتم معرفته عن طريق اختبارات التحصيل المناسبة.

ثانياً:ـ البعد السلوكي: ويتم التعرف عليه عن طريق الملاحظة والمقابلات والمعلومات التي يتم جمعها من المدرسين ومن أولياء الأمور، بالإضافة إلى الاختبارات والأحداث المخصصة لهذا الغرض.

إذن تتمثل عملية قياس وتشخيص الإعاقة الانفعالية في مرحلتين هما:

١- مرحلة التعرف السريع على الأطفال المعاقين انفعاليا.

٢- مرحلة التعرف الدقيق على الأطفال المضطربين انفعاليا.

ويُقصد بالمرحلة الأولى: تلك المرحلة التي يلاحظ فيها الآباء والأمهات أو المعلمين أو المعلمات أو ذوي العلاقة بعض المظاهر السلوكية غير العادية لدى أطفالهم،

وخاصة تلك المظاهر السلوكية التي لا تتناسب والمرحلة العمرية التي يمرون بها، فمن تلك المظاهر مثلاً تكرار سلوك شد شعر الآخرين أو العناد أو إيذاء الذات أو الانطواء.

أما المرحلة الثانية : فيقصد بها تلك المرحلة التي تهدف إلى التأكد من وجود مظاهر الاضطرابات الانفعالية لدى الأفراد المشكوك بهم وذلك من خلال تطبيق المقاييس التي تكشف عن تلك الإضرابات ومنها:

١. مقياس "بيركس" لتقدير السلوك.
٢. مقياس الشخصية لـ "أيزنك".
٣. مقياس السلوك ألتكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي.
٤. المقاييس الإسقاطين، مثل مقياس بقع الحبر لـ"وشاخ"، ومقياس رسم الرجل لـ"جود أنف"، ومقياس تفهم الموضوع للكبار، ومقياس تفهم الموضوع للصغار.

ويعتبر مقياس "بيركس" لتقدير السلوك من المقاييس البارزة في ميدان تشخيص الاضطرابات الانفعالية، فقد صمم "بيركس" (١٩٧٥) هذا المقياس بهدف التعرف على مظاهر الاضطرابات الانفعالية للأفراد منذ عمر السادسة فأكثر.

سادسا:تصنيف الإضرابات السلوكية والانفعالية

من أهم التصنيفات التي انتشرت في مجال الإضرابات السلوكية هي:

أولاً: تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي:-

ظهر هذا التصنيف لأول مرة عام ١٩٥٢م، ثم أُجريت عليه عملية تعديل وتنقيح عام ١٩٦٨، ثم أُجريت عليه عملية تعديل أخرى عام ١٩٨٠. لقد ركز التصنيف المعدل لعام ١٩٦٨على الاضطرابات السلوكية التي تحدث في مرحلة الشباب ولم يتم التركيز على مرحلة الطفولة، لذلك فلم يحظَ هذا التصنيف برضا العاملين في مجال الصحة النفسية للأطفال، ثم جاء التصنيف الجديد عام ١٩٨٠ ليؤكد على الاضطرابات السلوكية

في مرحلة الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة والمراهقة، ومن الجدير بالذكر أن كلا التصنيفين قد وضعا فئة التخلف العقلي ضمن الاضطرابات السلوكية على اعتبار أن المتخلفين عقلياً يعانون من اضطرابات سلوكية قد تكون شبيهة في بعض جوانبها بالاضطرابات السلوكية التي يعاني منها غير المتخلفين والأطفال والمراهقين والشباب.

ويشتمل تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٦٨ على عشر فئات من الاضطرابات السلوكية كما أورده "يرتش" ١٩٨٢، وهي:

١- التخلف العقلي: يرجع التخلف العقلي إلى انخفاض في الأداء العقلي العام عن المتوسط ويصاحبه قصور أما في التكيف الاجتماعي أو التعليمي أو في النضج، وقد تم تقسيم التخلف العقلي إلى فئات بناءً على درجة الإعاقة (بسيط، متوسط، شديد، حاد) أو بناءً على المسببات (مسببات قبل الولادة، أثناء الولادة، وبعد الولادة).

٢- الأعراض العضوية في المخ: اضطرابات ناتجة عن قصور في أداء نسيج خلايا المخ يترتب عليها بعض الاضطرابات مثل قصور في التوجه، وفي الذاكرة، وفي الأداء العقلي، وفي إصدار الأحكام واتخاذ القرارات.

٣- الذهان: شكل من أشكال المرض العقلي يؤثر على قدرة الفرد في تحقيق أو القيام بمتطلبات الحياة العادية، كما يصاحب الذهان عادة تشويه للواقع، وتقلب في المزاج، وعجز في الإدراك، وقصور في اللغة والذاكرة، وسيطرة الأوهام، والهلوسة، وفصان الطفولة، والانسحاب، والإجترارية، واللاسوية، والفشل في الاستقلال عن الأم، وعدم النضج في نمو الحركات الكبيرة بشكل كافٍ.

٤- الأعصاب: أصحاب هذه الفئة من الاضطرابات يتصفون بالقلق الزائد الناتج عن توقع الأخطار هذا ويضم الأعصاب الفئات التالية : الهستيريا، المخاوف المرضية ، الكآبة.

٥- الاضطرابات في الشخصية: وتضم هذه الفئة الأفراد الذين يتصفون بسلوك غير متوافق أو غير متكيف، ويقاومون التغير بصورة مستمرة، ويصاحب هذه السلوكيات في العادة عدم الشعور بالذنب أو الندم. كم تضم أيضاً جنون العظمة والشخصية الهستيرية أو الشخصية العدوانية أو السلبية والانحرافات الجنسية المختلفة.

٦- الاضطرابات النفس جسمية: يتصف أصحاب هذه المجموعة من الاضطرابات بالأعراض الناتجة عن أسباب أو عوامل انفعالية تظهر على الجلد والجهاز التنفسي أو الجهاز الهضمي والجهاز العضلي.

٧- الأعراض الخاصة: تضم الأفراد الذين يعانون من اضطراب واحد محدد مثلاً اضطراب الكلام، أو تقلص الحركات، أو اضطراب في تناول الطعام، أو سلس البول وتدفقه لا إرادياً.

٨- اضطرابات ناجّة عن بعض المواقف المؤقتة: وتضم هذه الفئات الأفراد الذين تعرضوا لمشاكل مؤقتة ناتجة عن ردود الفعل للضغوط البيئية الشديدة خلال الطفولة المبكرة أو المتأخرة أو المراهقة أو مرحلة الشباب أو حتى مرحلة الشيخوخة.

٩- اضطرابات سلوكية في مرحلة الطفولة والمراهقة: وتشتمل على ستة أنواع محددة هي:

- الحركات الزائدة: نشاط زائد وعدم الراحة، قصر فترة الانتباه، القابلية على شرود الذهن.
- الانسحاب: العزلة، الانفصال، الحساسية، الخجل والجبن.
- القلق الزائد: قلق، خوف، الاستجابة الحركية المبالغ فيها.
- الهروب: الميل للهروب في المواقف الصعبة يصاحبه جبن،عدم النضج، الرفض.
- العدوان غير الاجتماعي: عدم الطاعة، المشاجرة، العدوان الجسمي أو اللفظي، التخريب.

- جنوح الجماعة: اكتساب قيم وسلوكيات مجموعة الأقران الجانحين والتي تشتمل على: السرقة، الهروب من المدرسة، البقاء خارج المنزل إلى وقت متأخر من الليل.

١٠- حالات أخرى غير محددة: وتتمثل هذه الفئة في الأفراد الذين يعتبرون من الناحية النفسية عاديين، والذين لم يعانوا من مشاكل حادة تتطلب إجراء فحوص نفسية عليهم.

ثانياً: تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي:

يتشابه تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي إلى حد كبير مع تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي من حيث الاشتراك في المحك النفسي لتصنيف الاضطرابات السلوكية، وكذلك م حيث أنواع الاضطرابات، ويتألف نظام جماعة تطوير الطب النفسي م عشرة تصنيفات للاضطرابات السلوكية تم ترتيبها بحيث تبدأ من الحالات البسيطة لتنتهي بالحالات الشديدة. ونذكرها كما أوردها نوف (١٩٧٩):

١- الاستجابات الصحية: يتضمن هذا التصنيف تقييم الجوانب الإيجابية القوية لدى الطفل، مع محاولة تجنب تشخيص الحالات باستبعاد أسباب المرض. إن المحك أو المعيار للتقييم هو الذكاء والأداء الاجتماعي أو الانفعالي، والشخصي ألتكيفي، وكلك الأداء النفسي والاجتماعي للطفل بالمواقف النمائية الحرجة.

٢- اضطراب ردود الأفعال: يعتمد هذا التصنيف على الاضطرابات التي يكون فيها السلوك أو الأعراض ناتجة عن عوامل موقفية، هذه الاضطرابات يجب أن تكون ناتجة عن أسباب مرضية إلى درجة ما، وذلك لتمييزها عن الاستجابات الصحية للأزمات الموقفية.

٣- الاضطرابات النمائية: الاضطرابات النمائية هي اضطرابات في نمو الخصية قد تقع دون المعدل الطبيعي وتظهر في وقت متأخر، وبتتابع وبدرجة أقل من المتوقع لمستوى عمري معين أو لمرحلة نمائية معينة.

٤- الاضطرابات العصابة النفسية: هذه الاضطرابات ناتجة عن صراعات داخلية لا شعورية، مرتبطة بالدوافع الجنسية والعدوانية التي لا زالت نشطة ولم تُشبع.

٥- اضطرابات الشخصية: تتصف اضطرابات الشخصية بأنها مزمنة ومرتبطة بأمراض ثابتة بحيث تمثل سمانا متأصلة في شخصية الفرد، وفي معظم حالات اضطراب الشخصية وليس في جميعها، فإن مثل هذه السمات لا يعتبرها الفرد مصدراً للقلق والحزن، وإذا أردنا أن نأخذ هذا التصنيف بعين الاعتبار فإنه من الضروري عمل صورة كاملة لجميع جوانب الشخصية، ولا يجب أن نكتفي فقط بتوافر سلوك أو عرض واحد.

٦- الاضطرابات الذهانية: تتصف هذه الاضطرابات بالانحراف الواضح عن السلوك المتوقع من عمر الطفل، فهي تظهر على شكل إعاقة شديدة ومستمرة نتيجة للعلاقات الانفعالية مع الآخرين، وتتمثل في نقص القدرة على الكلام، أو الفشل في تطوير الكلام ونموه، وفي اضطرابات الإدراك الحسي، وفي السلوك النمطي المتمثل في مقومة التغيرات البيئية، وغياب الإحساس بالهوية الشخصية، والتبلد، وعدم التأثر بالمثيرات الخارجية.

٧- الاضطرابات النفس جسمية: تتمثل هذه الاضطرابات بالتفاعل الظاهر بين المكونات النفسية والمكونات الجسمية، وتشتمل هذه الاضطرابات على تلك النظم العضوية التي تنبه عن طريق النظام العصبي اللاإرادي.

٨- الأعراض المتصلة بالمخ: هذه مجموعة من الأعراض تتميز باضطراب في التوجه والحكم والتمييز والتعلم والذاكرة ووظائف معرفية أخرى، كذلك تتميز هذه المجموعة من الأعراض بعدم الثبات الانفعالي، وتنتج هذه الأعراض أساساً عن اختلال غير محدد المصدر في وظيفة

٩- التخلف العقلي.

١٠- اضطرابات أخرى: يشتمل هذا التصنيف على الاضطرابات التي لا يمكن وضعها ضمن التصنيفات السابقة، أو الاضطرابات التي سوف يتم وضعها أو التعرف عليها في المستقبل.

ثالثاً التصنيف الطبي:

اعتمدت معظم التصنيفات القديمة للاضطرابات السلوكية على الأسلوب الطبي، ومن أبرز هذه التصنيفات تصنيف "كنافر" و"سأسلو"(١٩٦٧)، حيث صنفا الاضطرابات السلوكية إلى ثلاث فئات، هي:

- التصنيف على أساس الأمراض، ويتضمن هذا التصنيف تجميع الاضطرابات السلوكية طبقاً لأسبابها المرضية الشائعة والمعروفة.
- التصنيف على أساس الاستجابة للعلاج، وفق هذا التصنيف فإنه يتم تجميع الاضطرابات السلوكية حسب درجة استجابتها للعلاج.
- التصنيف على أساس الأعراض، يعتمد هذا التصنيف على ما تشتمل عليه الاضطرابات السلوكية من أعراض ومظاهر جسمية ملازمة لهذه الاضطرابات.

رابعاً: التصنيف حسب شدة الاضطراب:

قام كل من "تلهان" و"كهوفمان" بتقسيم الاضطرابات السلوكية إلى فئتين رئيسيتين، وذلك حسب شدة الاضطراب، وهما:

١- فئة الاضطرابات البسيطة والمتوسطة: تمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات السلوكية البسيطة التي يعاني منها الأطفال في البيت أو المدرسة، والتي يمكن معالجتها بفاعلية في الفصل العادي أو المدرسة أو البيت أو عن طريق أولياء الأمور والمدرسين مع الاستعانة باستشارة بعض الأخصائيين في بعض الحالات.

٢- فئة الاضطرابات الشديدة والحادة: وتمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات الشديدة أو الحادة التي يعاني منها بعض الأطفال والتي تتطلب علاجاً شاملاً وطويل المدى وتشمل هذه الفئة حالات الإجترارية والانفصام والذهان، كما يتم علاج هذه الفئة وفق برمج خاصة في الفصول الخاصة، أو المراكز العلاجية.

خامساً: التصنيف النفس - التربوي:

قام "مورس" وآخرون بتصنيف التلاميذ المضطربين سلوكياً تصنيفاً نفسياً تربوياً إلى خمس فئات رئيسية، هي:

١- الأعصاب: ويوجد نوعان من الأعصاب، الأول له مظاهر داخلية ذاتية، والثاني له مظاهر خارجية.
٢- أمراض الدماغ: وينتج عن أمراض الدماغ ثلاثة أنواع من الاضطرابات السلوكية، هي: اضطراب الحركة، واضطراب في اللغة، والتشنجات.
٣- الفصان: وهو نوعين، الأول غير متصل بالوظيفة العقيلة، والثاني متصل بالوظيفة العقلية.
٤- السذاجة - الإهمال: غالباً ما يصاحب السذاجة والإهمال العديد من المشاكل السلوكية التي قد ينتج عنها قصور في المهارات والقيم الاجتماعية.
٥- الشخصية غير المؤثرة: قصور شديد في القدرة على إقامة علاقات قوية.

سادساً: التصنيف القائم على السلوكيات التي تسبب مشكلة في المدرسة:

قام "جروبر" وآخرون (١٩٦٨) بتطوير أسلوب لتصنيف السلوك الذي يسبب مشكلة في المدرسة وذلك كي يتمكن المدرسون من التعامل بفاعلية مع الأطفال المضطربين سلوكياً في المدرسة.ولقد قام "جروبر" وزملاؤه بتصنيف السلوك إلى ثلاث مستويات، هي:

١- المستوى العادي: يتوافق المستوى العادي مع المعيار للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية، فقد تظهر المشكلة السلوكية في المستوى العادي نتيجة لواجبات تعليمية جديدة، أو مواقف جديدة يتعرض لها الطفل، ولكن سرعان ما تنتهي وتزول بعد فترة قصيرة، وعادة لا تكون لهذه المشكلة آثار تدميري وتخريبية.
٢- مستوى المشكلة: في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية منحرفة عن المعيار العادي للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية، حيث تؤدي إلى اضطراب الطفل بشكل ملحوظ، وتستمر لفترة طويلة ولها آثار تدميرية أو تخريبية على

الآخرين، لكنها ليست من التعقيد أو الشدة بحيث يستلزم الأمر إلى تحويل الطفل إلى أخصائي، بل يكفي أن يقوم المدرس بالتعامل مع هذه الحالات ومعالجتها.

٣- مستوى الحالة: في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية من الشدة والتعقيد بحيث لا يمكن للمدرس أن يتعامل معها، مما يتطلب تحويل الطفل إلى أخصائي العلاج السلوكي الاضطرابات السلوكية للتعامل مع هذه المشكلة.

سابعاً: تصنيف (كوي) (١٩٧٢):

ويعد من أكثر التصنيفات الجديدة انتشارا وقبولاً على المستوى التربوي. وجد "كوي" أن الاضطرابات السلوكية للأطفال تظهر على شكل مجموعات، فالأطفال الذين يُظهرون بعض السلوكيات في إحدى المجموعات من المرجح وبشكل كبير أن يُظهروا أيضاً السمات والسلوكيات الأخرى التي تظهر في المجموعة.

وبالرغم من أن نظام "كوي" يتصف بالثبات وسعة الانتشار إلا أنه يُعاب عليه أنه لا يُقدم معلومات علاجية مما يحد من فائدته، هذا وقد وجد "كوي" أربع فئات أساسية للاضطرابات السلوكية، وهي:

١- اضطرابات التصرف: وتشتمل هذه الفئة من الاضطرابات على أنماط من السلوك العدواني الجسمي واللفظي يصاحبه قصور في العلاقات الشخصية مع الأقران والكبار في المجتمع، ولهذا فإن الطفل الذي يدخل ضمن نطاق هذه المجموعة من الاضطرابات هو الطفل يتحدى السلطة (أولياء الأمور، المدرسين، البوليس، وغيرهم) وهو عدواني، حاقد، فظ، هجومي، مؤذٍ، وإحساسه بالذنب محدود، كما يميل إلى الفوضى والاقتتال مع الآخرين، ويضيف "كيرك" بأنه يدرج تحت هذا النوع من السلوك الطفل مفرط الحركة وكثير الضجر والملل.

٢- اضطرابات الشخصية: تشتمل هذه الفئة على الانسحاب الاجتماعي، والقلق، والاكتئاب، والشعور بالدونية، والخجل، والجبن، والانعزال، والإذعان كما تشتمل على مشاعر

الألم والحزن، والشكاوي الجسمية، وعدم السعادة، ويعتمد الطفل الذي يعاني من اضطرابات في الشخصية اعتماداً كبيراً على الغير، وقد أشار "كوي" إلى أن معظم أطفال هذه الفئة ينتمون إلى أُسرة تقدم لهم الحماية أو الرعاية الزائدة، وذات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع.

٣- عدم النضج: يُمثل هذا النوع من الاضطرابات السلوكيات التي لا تتلاءم مع العمر الزمني للطفل والتي تتمثل بالإهمال، والبلادة، وضعف الاهتمام بالمدرسة، والكسل، وانشغال البال، وأحلام اليقظة، وكثرة النعاس والصمت، أو قلة الكلام، أو قصر مدة الانتباه، والسلبية. يضيف "كوي" ١٩٧٢م، و"بلاك هارس" و"بردين" ١٩٨١م أن هؤلاء الأطفال يُفضلون اللعب مع من هم أصغر سناً، وأن هذه الفئة بوجه عام تُعتبر أقل انتشاراً من فئة اضطرابات التصرف واضطرابات الشخصية.

٤- الجنوح الاجتماعي: تتشابه خصائص الطفل الجانح اجتماعياً مع خصائص الطفل الذي يعاني من اضطرابات في التصرف من حيث عدوانية السلوك، إلا أن الطفل الجانح اجتماعيا يقوم بهذا السلوك ضمن مجموعة من الرفاق، أو ضمن عصابة. وتتمثل سلوكيات هذه الفئة بالسرقة، والمشاجرة، والهروب من المدرسة، وغيرها من السلوكيات لتي قد لا تظهر في إطار المدرسة أو المؤسسة، ولكنها تظهر في المجتمع وتشكل خطراً كبيراً عليه خاصة في المجتمعات الكبيرة.

ثامناً: تصنيف (تلف ورد) و(شاوري) للاضطرابات السلوكية:

يصنف كل من "تلف ورد" و"شاوري" ١٩٦٧ الاضطرابات السلوكية على أساس مظاهر القلق والانسحاب والعدوان الذي يتميز بالعنف والانسحاب.

أ. القلق: يعرفه الباحثان على أنه نوع من الخوف في إطار مستقبلي،وقد يكون القلق من أنواع مختلفة:

١- القلق المزمن.

٢- الرهان (المخاوف المرضية): وتعرف بأنها مخاوف محددة وشديدة ليس لها أساس معقول واضح، ومن أمثلتها الخوف المرضي من المدرسة أو من الموت.

٣- الوسواس والسلوك القهري الذي يحدث بشكل متكرر: وهو عبارة عن أفعال أو أفكار نمطية ومتسلطة، والسلوك القهري عبارة عن رغبة قوية ومتكررة للسلوك بطريقة معينة، أما الوسواس فهو الانشغال الزائد بنفس الأفكار والذكريات.

ب ـ الانسحاب من الواقع:

١- الفصان: يعتبر هذا الاضطراب من أكثر الأنواع شيوعاً للذهان الوظيفي، وتتميز هذه الحالة بالانفصال الشديد عن الواقع، وعدم التنظيم، ونقص التأثير والاستجابات الانفعالية المحرفة. وتظهر فيها الهلوسة والأوهام بشكل متكرر. وإذا حدثت الإصابة قبل سن البلوغ - وهي حالات نادرة - يُطلق عليها فصام الطفولة.

٢- التمركز الطفلي حول الذات: تتميز هذه الحالات بالانفصال الشديد عن الواقع والقصور أو الإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين والترديد الآلي للكلمات أو المقاطع التي ينطق بها الآخرون والجمود بمعنى المحافظة على نفس الأشياء ومعارضة أي تغيير في الحياة الروتينية والثبوت، ويعني التكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال.

٣- النكوص: هذا النوع من الاضطرابات يتضمن العودة إلى أشكال من السلوك أقل نضوجاً، أو الاستجابات التي تميز مرحلة مبكرة من مراحل النمو، وتشمل أشكال السلوك من هذا النوع عودة الأطفال إلى مص الأصابع، أو التبول الليلي، أو الكلام ألطفلي. وتزداد مثل هذه الأشكال من السلوك عادة أثناء التوتر أو التخفيض المفاجئ لأسباب التدعيم.

٤- الأوهام وأحلام اليقظة: تُعتبر هذه الأشكال من السلوك نوعاً من الاضطراب إذا كانت تحدث بشكل مفرط وبصورة متكررة، ويُنظر إلى هذه الأشكال من السلوك كنوع من الاضطراب إذا استخدمت من جانب الفرد كوسائل للهروب أو الانسحاب.

ج ـ العدوان العنيف: يتضمن هذا الاضطراب أشكالاً مختلفة من السلوك الهدام والتخريبي وتكون موجهة نحو الأفراد أو الممتلكات، وغالباً ما يكون هذا الاضطراب هو نتيجة لمواقف الإحباط.

اضطرابات التواصل:

أولا:تعريف اضطرابات التواصل :

١- تعرف اضطرابات التواصل بأنها :اضطراب ملحوظ في الاستخدام الطبيعي للنطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو التأخر اللغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الكلامية أو الاستيعابية، الأمر الذي يؤدي إلى حاجة الفرد إلى برامج تربوية خاصة.

٢- تعريف الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع: يميزه هذا التعريف بين نوعين من اضطرابات التواصل، وهما:

أ. الأصوات الكلامية أو في الطلاقة النطقية، وهذا الخلل يتم ملاحظته أثناء إرسال الرموز اللفظية من قبل الآخرين.

ب. هو اضطراب اللغة، وهو عبارة عن خلل في تطور واستخدام الرموز اللفظية الكلامية أو المكتوبة للغة، والاضطراب قد يشمل جميع جوانب اللغة التالية أو إحداها، وفي شكل اللغة (مثل القواعد والتراكيب) أو محتوى اللغة أي المعاني، أو وظيفة اللغة وهو الاستخدام الاجتماعي للغة.

٣- هو اضطراب ملحوظ في النطق أو الطلاقة الكلامية أو التأخر اللغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو الاستيعابية والاستقبالية، الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج كلامية أو تربوية خاصة.

٤- تعريف الجمعية الأمريكية عن كريك وجل اجر: اضطراب اللغة مظهر غير طبيعي في اكتساب اللغة واستيعابها والتعبير بها، أكان ذلك بطريقة منطوقة أو مكتوبة، ويمكن أن يشمل الاضطراب بعض هذه المظاهر أو كلها بعناصرها الصوتية أو التركيبية أو ما يتعلق منها بالدلالة (المعنى) أو الاستعمال أو الأنظمة اللغوية (القواعد).

ثانيا: نسبة انتشار اضطرابات التواصل :

تقدر نسبة انتشار اضطرابات التواصل بحوالي ٤%، وهي نسبة مرتفعة مقارنة بنسب انتشار الإعاقات الأخرى، وغالباً ما يكون الأطفال من ذوي الإعاقات العقلية والسمعية والجسمية وصعوبات التعلم وذوي الاضطرابات الانفعالية يعانون من اضطرابات التواصل، وهذه الاضطرابات تؤثر على النمو المعرفي والسلوك الاجتماعي بشكل سلبي للفرد.

وتعتبر المشكلات النطقية أكثر اضطرابات التواصل شيوعاً، حيث تبلغ ما يقارب ٨٠% من أشكال اضطرابات التواصل، ويرى بعض الباحثين أن هناك صعوبة في تقدير عدد الذين يعانون من اضطرابات التواصل، وذلك بسبب وجودها كمشكلات مصاحبة للإعاقات الأخرى وليس كمشكلة رئيسية، كذلك اختلاف المجتمعات التي أخذت منها عينات الدراسة لمعرفة نسبة انتشار اضطرابات التواصل، ففي دراسة أجريت من الولايات المتحدة الأمريكية أشارت إلى أن حوالي ٣-٥% من الأطفال عندهم في سن المدرسة يعانون من اضطرابات تواصل بدرجة شديدة، وأشارت الدراسة كذلك إلى ارتفاع نسبة اضطرابات النطق مقارنة باضطرابات التواصل الأخرى.

وأشار كل من كيرك وجل وفر (Kirk & Gallagher) في دراستهما إلى أن اضطرابات التواصل تزداد في الصفوف الابتدائية الأولى وتقل في الصفوف العليا، حيث أشار إلى أن حوالي ٧% من التلاميذ في الصف الأول يعانون من اضطرابات التواصل، بينما تشكل النسبة حوالي ١% في الصف الثالث الابتدائي، وتشكل ٢% في الصف الثالث الثانوي.

رابعا:أنواع أو تصنيف اضطرابات التواصل :

يميز الباحثون بين نوعين رئيسيين من اضطرابات التواصل، هما:

أ.اضطرابات النطق أو الكلام :-

وهي اضطرابات تنتج بسبب مشكلات في حركة الشفاه واللسان والفك، وقد لا يكون لهذه الاضطرابات أسباب عضوية واضحة وإنما تعزى إلى أسباب بيئية مثل الحرمان البيئي أو المشكلات الانفعالية التي يعاني منها الفرد.وتشمل اضطرابات النطق المظاهر التالية :

١. الحذف (Omission) : وفي هذه الحالة يقوم الطفل بحذف حرفٍ أو أكثر من الكلمة، وقد لا ينطق الطفل الحرف الساكن أو قد يتوقف على بشكل متقطع أثناء القراءة.
٢. الإضافة (Addition) : في هذه الحالة يقوم الطفل بإضافة حرفٍ جديد أو أكثر إلى الكلمة المنطوقة.
٣. الإبدال (Substitution) : وفي هذه الحالة يقوم الطفل بتبديل حرف بحرف آخر من حروف الكلمة، وتحدث هذه المشكلة عند الأطفال صغار السن خاصة.
٤. التشويه (Distortion) : وفي هذه الحالة تكزون مخارج الحروف غير سليمة عندما ينطق بها الطفل وهذا ينعكس عن كلامه فيكون مشوهاً، مثل إطلاق صوت الصفير عند محاولته نطق حرف السين.

أما اضطرابات الكلام فهي تتعلق بتنظيم الكلام وسرعته وطلاقته ونغمته، وتشمل اضطرابات الكلام على المظاهر التالية :

١. السرعة الزائدة في الكلام: حيث يكون المتكلم سريعاً في نطق الكلمة ويصاحب سرعة الكلام مظاهر انفعالية غير عادية يؤثر في تواصله مع الآخرين لعدم قدرتهم على فهم حديثه.

٢. التأتأة في الكلام : يكرر المتكلم الحرف عدة مرات أو قد يتردد في نطقه أيضاً لعدة مرات أو يعمل على إطالة الأصوات، ويصاحبه مظاهر سلوكية وانفعالية وجسمية غير عادية، وتؤثر في مفهوم الفرد لذاته بشكل سلبي لعدم قدرته على التحدث بالطريقة الطبيعية مع الآخرين، وهناك عدة أسباب تؤدي إلى هذه المشكلة من أهمها الاضطرابات السلوكية الفسيولوجية واضطرابات التفكير والصراعات الانفعالية، وقد تكون سلوكاً متعلماً بفعل النمذجة والتعزيز.

٣. الوقوف أثناء الكلام : في هذه الحالة يتوقف المتكلم عن الحديث أثناء الكلام، الأمر الذي يشعر المتلقي أن المتحدث قد أنهى حديثه، وتصاحبه مظاهر انفعالية وسلوكية غير عادية، وتؤثر على تواصله مع الآخرين.

ب. اضطرابات اللغة :- وهذه الاضطرابات تتعلق باللغة ومن حيث انحرافها أو ضعفها أو تأخيرها أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها أو صعوبة القراءة والكتابة، ويمكن توضيح مظاهر واضطرابات اللغة بما يأتي :

١. تأخر ظهور اللغة : وهو تأخر ظهور الكلمة الأولى للطفل والتي ينبغي ظهورها في السنة الأولى، فتتأخر إلى السنة الثانية والثالثة أو أكثر، ويترتب على هذا التأخير مشكلات في التواصل مع الآخرين.

٢. فقدان القدرة على الكلام أو الحسية الكلامية (Aphasia) : وهنا لا يستطيع الطفل التعبير عن نفسه بصورة لفظية واضحة ومفهومة، ولا يستطيع فهم اللغة المنطوقة من قبل الآخرين، وتصاحب هذه الحالة مظاهر انفعالية غير عادية ويكون الفقدان إما كلياً أو جزئياً ويكون سببه عضواً في الدماغ بسبب الحوادث أو الجلطة.

٣. صعوبة القراءة (Dyslexia) : ويجد الفرد هنا صعوبة في القراءة، وهي من مظاهر اضطرابات صعوبات التعلم، ويكون مستوى أداء الفرد هنا أقل مما هو متوقع منه مقارنة بالفئة العمرية التي ينتمي إليها الفرد.

٤. صعوبة الكتابة (Dysaraphia) : هنا يجد الفرد صعوبة في كتابة الكلمات والجمل بشكل صحيح، أي أقل مما هو متوقع منه بالمقارنة مع الفئة العمرية التي ينتمي إليها.

٥. صعوبة تكوين جمل (Language Deficult) : وهنا يجد الفرد في هذه الحالة صعوبة في تركيب وتكوين الجمل بشكل صحيح، فهو يعمل على تركيب الجمل بشكل منحرف.

٦. صعوبة تكوين الجمل والعبارات وفهمها : هنا يجد الفرد صعوبة في تكوين وتركيب الجمل بشكل صحيح وكذلك صعوبة فهمها.

خامسا:أسباب اضطرابات التواصل

هناك أسباب متعددة تؤدي إلى الإصابة باضطرابات التواصل، ومن هذه الأسباب :

١ـ الأسباب العضوية :ـ

قد يكون السبب في اضطرابات التواصل اضطرابات كروموسومية أو فسيولوجية أو إنمائية يتعرض لها الفرد وتسبب خللاً أو ضعفاً في الأجهزة العضوية المسئولة عن الكلام واللغة، وقد يكون الاضطراب الكروم وسومي مسئولا عن اضطرابات التواصل، ومن الأمثلة على ذلك إصابة الفرد بما يعرف بالشفة الأرنبة، ويعتقد أن إصابة الفرد بهذه الحالة سببه اضطرابات جينية عند الفرد، كذلك فإن اضطرابات التواصل الموجودة عند المعاقين عقلياً كما هو الحال في اعرض داوت قد تكون ناتجة عن خلل جيني واضطراب كروم وسومي.

٢ـ أسباب مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية :ـ

حيث تلعب أساليب التنشئة الاجتماعية دوراً كبيراً في حدوث اضطرابات التواصل، فتعزيز الوالدين لأطفالهم الذين يظهرون التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام

أو التلعثم يعمل بعناية تثبيت هذه السلوكيات عند الأطفال بفعل التعزيز الذي يتلقونه من الوالدين، وكذلك تعرض الأطفال لمشكلات نفسية وجسدية من قبل الوالدين أظهرت الدراسات العلاقة الارتباطين الواضحة بين مظاهر اضطرابات التواصل وسوء التكيف الأسري.

٣ـ أسباب عصبية :ـ

وهي الأسباب المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي وما يحدث لهذا الجهاز من تلف أو إصابة سواء كان ذلك قبل أو أثناء أو بعد الولادة، وذلك لأن الجهاز العصبي المركزي يلعب دوراً هاماً ومسئولا عن النطق واللغة، ومن أمثلة ذلك الأطفال المصابون بالشلل الدماغي يعانون من صعوبة في تحريك الفكين والشفتين واللسان ولديهم مشكلات في القدرات العقلية والإدراكية مما يؤثر على النمو اللغوي عند هؤلاء الأطفال وذلك بسبب التلف الدماغي المسئول عن إصابته بالشلل الدماغي.

٤ـ الأسباب المرتبطة بإعاقات أخرى :ـ

حيث تظهر اضطرابات التواصل كصفة ظاهرة عند الأفراد من ذوي الإعاقة العقلية، حيث تتميز هذه الفئة بتأخر ظهور اللغة أو التوقف أثناء الكلام، أما بالنسبة لذوي الإعاقة السمعية فتتميز اضطرابات التواصل بصعوبة الاستقبال والتعبير اللغوي وفي الحالات الشديدة تظهر ظاهرة غياب اللغة.

أما بالنسبة للمضطربين انفعالياً وسلوكياً فتتميز اضطرابات التواصل في السرعة الزائدة أثناء الكلام والتأتأة بالإضافة والإبدال والحذف وتشويه اللغة.

أما بالنسبة لذوي صعوبات التعلم فتتميز اضطرابات التواصل عند هذه الفئة في فقدان القدرة على النطق (Aphasia) وحالات صعوبة القراءة (Dyslexia) وحالات صعوبة الكتابة (Dysarphia) وصعوبة فهم الجمل والكلمات وصعوبة تركيب الجمل.

سادسا:خصائص ذوي اضطرابات التواصل :

تعتبر فئة الأطفال من ذوي اضطرابات التواصل كبيرة وخصائصها متباينة وذلك لارتباط اضطرابات التواصل بمظاهر الإعاقة السمعية والعقلية والانفعالية وصعوبات التعلم والجسمية، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة تحديد خصائص محددة عن مختلف المظاهر، إلا أن بعض الدراسات وأشار كل من هالا نوكوفعان إلى مجموعة من المظاهر، وهي :

١. الخصائص العقلية : لقد أشارت العديد من الدراسات إلى تدني ذوي اضطرابات التواصل على مقياس القدرة العقلية مقارنة مع العاديين المتناظرين في العمر الزمني، وفي الوقت الذي يصعب فيه تعميم مثل هذه الاستنتاجات إلا أن ارتباط الاضطرابات اللغوية بمظاهر الإعاقة العقلية والسمعية وغيرها يجعل تلك الاستنتاجات صحيحة نوعاً ما، وكذلك يمكن ملاحظة تدني مستوى أداء ذوي اضطرابات التواصل على اختبارات التحصيل الأكاديمي بمقارنتهم مع أقرانهم العاديين.
٢. الخصائص الاجتماعية والانفعالية : تظهر هذه الفئة من الأطفال ردود فعل انفعالية على شكل مستويات عالية من القلق والشعور بالذنب والإحباط والعدوان، هذا إلى جانب استجابات تصدر عن الطفل بفعل تجاهل الآخرين نحوه وتوقعاتهم منه والتي تتضمن الرفض والعزل أو الحماية الزائدة.
٣. الخصائص السلوكية :

- يواجه الأفراد الذين يعانون من ضعف في اللغة صعوبة التفكير في الكلمة المناسبة عندما يتكلمون.
- يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة المنطوقة صعوبات في تعلم مفردات جديدة.
- يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية مشكلات في استخدام المعلومات اللفظية للوصول إلى استنتاجات ملائمة.

- يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة مشاكل في فهم الكلمات.
- يواجهون مشاكل في التكيف الاجتماعي، حيث تكون استجاباتهم الاجتماعية غيــر ملائمة.

سابعا: تقويم ذوي اضطرابات التواصل واللغة :

إن اضطرابات الاتصال عندما يتم تناولها في سياق تقــويم ذوي الاحتياجــات الخاصة ما هي إلا اضطرابات في النطق واللغة والكلام تعاني منها بعض الفئات وتقــوم بتقويمها من خلال عدة أشكال تختلف بحسب نوع الإعاقــة أو الاضــطراب الموجــود، ويمكن تصنيفها إلى :

١. اضطراب في النطـق: في نظام الأصوات، ومن أبرز مظاهرها الأخطاء في إنتــاج أصوات اللغة. هناك اختبارات متعددة لتقويم اضطرابات النطق والأنظمة الصــوتية للناطقين بلغات أجنبية/ أوربية،وهناك بعض المظاهر لتقويمها في الدول العربية.
٢. اضطراب الطلاقة اللغوية: ومن أبرز مظاهرهــا التأتــأة، ويــتم تقــويم هــذه الاضطرابات في معظم الأحيان بالملاحظة ووصف أعراضها المميزة، مثلاً تكــرار كلمة أو جزء منها أو التلكؤ أو التوقف عند مقطع صوتي.
٣. اضطراب في إنتاج الأصــوات : هنا يمكن أن يكون الاضطراب في نــوع الصــوت (Quality)، ومن أمثلته وصف الصوت بالأجش أو الخشن أو اللاهث أو المتقطع أو الأخنف (من الأنف)، أو اضطراب في تردد الصوت، فيما يكون مرتفعاً جــداً أو منخفضاً جداً وخافتاً، حيث يجب تقويمه في وقت مبكر لأنه قد يعود التضــخم فــي مشكلة في الحنجرة أو إصابة مرضية، مما يعني أن الفحص الطبي أمر مهم، ومن المهم عمل آلية الكلام أو السمع وعمل قياسات آلية التــنفس ودرجــة الصــوت وشدته بواسطة أجهزة الكترونية.
٤. اضطرابات اللغــة : وهي اختلاف في لغة الطفل في صيغتها وبنيتها ودلالاتها في السياق الاجتماعي عما هو متوقع في سنه، حيث تظهر الصعوبة التي يواجهها في

تهدئة الكلام ولغة الاتصال حينما يتطلبه الموقف أو السامع، ويمكن اعتمـــاد أســـاليب مقننة وغير مقننة في تقويم هذه الحالة وأهمها الملاحظة للغة الطفل.

وعلى العموم يمكن رسم الإطار العام لعملية التقويم في الخطـوات التاليـة إجراء الفحوص المسحية للتعرف على الأطفال الذين يشك بأن لديهم صعوبات تواصل.

أ. استخدام أصوات تقويم بجوانبها المختلفة لتقويم مستوى الأداء اللغوي ومعرفة الاضطراب.

ب. التوصل إلى قرار بوضع الأطفال الذين يتبين أنهم بحاجة إلى التدخل ببـــرامج علاجية وإعداد خطة التعليم الفردية لكل منهم.

ثامنا: طرائق علاج المصابين بصعوبات التواصل:

أ. التواصل الشفهي : لا يختلف المختصون على أن تعليم اللغة للأطفـــال والشـــباب المعوقين يعتبر أمراً بالغ الأهمية، وإن كان بالغ الصعوبة في تعلم اللغة، وذلك من أجل نجاح هؤلاء الأطفال في التواصل مع المجتمع الكبير، حيث يعتبر الكلام قنـــاة التواصل الرئيسية التي تجعل الأشخاص الصم أكثر قـــدرة علـــى فهـــم الكلمـــات المنطوقة، وذلك من خلال الإفادة من التلميحات والإيماءات الناتجـــة مـــن حركـــة الشفاه.

ب. قراءة الكـلام: يقصد بها قراءة الكلام بتفسير التواصل المنطوق بصـــرياً، وهـــذه الطريقة التي تعرف أيضاً بقراءة الشفاه (Lip Reading) وهي إحدى الطرق التي يعتمد عليها الأشخاص المعوقين للحصول على المعلومات من الأشخاص السامعين والتواصل معهم .

ج. التدريب السـمعي (Audiotory Training) : وفقاً لطريقة التواصـــل الشـــفاهة يمكن التركيز على استخدام حاسة البصر للحصول على المعلومات (قراءة الشفاه) أو التركيز على تطوير القدرة على استخدام القدرات المتبقية في حاسة السمع.

د. التواصل اليدوي : وهو نظام يعتمد على استخدام رموز يدوية لإيصال المعلومات للآخرين وللتعبير عن المفاهيم والأفكار والكلمات، ويشمل هذا النظام استخدام لغة الإشارة (Sign language) والتهدئة بالأصابع.

ه. التواصل الكلي : هي طريقة تتضمن استخدام أنواع مختلفة من طرق التواصل لمساعدة الصم على التعبير واكتساب اللغة، ومن هذه الطرق الكلام ولغة الإشارة والإيماءات والتعبيرات الوجيهة والجسمية وقراءة الكلام والتهدئة بالأصابع والقراءة والكتابة أيضاً.

تاسعا: الخدمات التي يقدمها معلم الصف العادي للمضطربين لغوياً وانفعالياً .

أشار ويح (١٩٨٢) إلى أن معلم الصف العادي يستطيع أن يقدم خدمات تساعد في تسهيل التكيف الاجتماعي إلى التلاميذ، ومنها :

١. الإحالة : حين يقوم بتحويل الطفل الذي يعاني من مشاكل لغوية وصعوبات تعلم إلى أخصائي طبي أو أخصائي تربية خاصة لتحديد طبيعة المشكلة وإجراء التقييم اللازم.

٢. المتابعة : حيث يعمل المعلم على متابعة مدى تحسن أداء الطفل الذي تقدم له خدمات علاجية وتزويد الأخصائي بالتغذية المراجعة لمعرفة مدى تحسن واكتساب الطفل للمهارات اللغوية التي يدربه عليها الأخصائي اللغوي.

٣. إعداد الوسائل التعليمية المناسبة : حيث يعمل المعلم على تكييف الوسائل التعليمية والتربوية لتلبي حاجات وقدرات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية وكلامية، وتهيئة الظروف الصفية المناسبة للطفل التي تلبي حاجاته لتسهيل اكتسابه المهارات اللغوية.

٤. التعزيز والتشجيع : حيث يعمل المعلم على استخدام وسائل استراتيجيات التعزيز المختلفة للمساعدة على سرعة إتقان المهارات التي يعمل الأخصائي على تزويدها للطفل.

الفصل الثالث

اختبارات تقويم النمو

من الاختبارات الشائعة الاستخدام في التشخيص اضطراب التوحد ما يسمى بمقياس النمو الذي يصف عدة جوانب تتعلق بالنمو لدى الطفل ومقارنة تلك الجوانب مع ما يفترض أن يقوم به الطفل في الوضع الطبيعي وتتكون تلك المقاييس من عدة جوانب بحيث يغطي كل جانب عدة فقرات بحيث تصف كل فقرة مجموعة من السلوكيات أو الاستجابات المختلفة . وتشتمل الأدوات التالية :

١ـ المخطط النفسي التعليمي psycho educational profile

صمم من فبل reichles&marcus, schopler ويقوم بتقييم مظاهر النمو للأطفال الذين لديهم توحد أو اضطراب في النمو ويستخدم المخطط مع الأطفال الذين هم بعمر ما قبل المدرسة أو في عمر زمني يمتد مابين ٦ أشهر ولغاية ١٢ سنة وتوجد صورة منه للمراهقين والكبار ويحتوي المخطط على(١٣١)فقرة ،للنمو و(٤٣)فقرة للسلوك ويتراوح الوقت لتطبيق القائمة مابين ٤٥ دقيقة – ساعة ونصف ، ويقيس المخطط سبعة مجالات وظيفية وهي (التقليد ، الإدراك الحسي ،التوافق الحركي الكبير ، تآزر اليد مع العين ،الجانب المعرفي العملي) كما يقيس أربعة مجالات سلوكية هي : العلاقات الاجتماعية،الحسية ،اللعب ،اللغة فضلا عن قياس المهارات الوظيفية والسلوكيات وتستخدم نتائج تطبيقه في تبني الاستراتيجيات العمل مع الأطفال وأنشطة المدرس في الفصل والأبوين في المنزل .

٢ـ المقاييس الرئيسية للنمو لجنوب كاليفورنيا :

بنيت المقاييس من قبل مركز جنوب كاليفورنيا قسم التربية والتشخيص عام ١٩٨٥ وتقيس هذه المقاييس النمو المعرفي ،التواصل ،السلوك الاجتماعي القدرات العملية والجانب الحركي ،القدرات الحركية الدقيقة معتمدة في ذلك على مبدئيين أساسيين .

- نظريات النمو وخاصة نظرية بتاجيه ومراحل النمو الإنساني التي وضعها بتاجيه .
- التقنيات التقييمين والتي تهدف إلى اختبار القـــدرات التقليديـــة والمعياريـــة ومـــن الضروري التشجيع على ملاحظة الطفل في البيئة الطبيعية من اجل الوصـــول إلـــى التقييم النهائي للطفل والتعرف على قدراته في حدود مقاييس النمو.

٣- قائمة النمو المبكر لبرانسك

brigance inventory of early development

بنيت من قبل brigance عام ١٩٧٨ وهي محكية المرجع وهي مفيدة لأغراض التقييم ولتحديد الأهداف التعليمية وللإرشاد التربوي ، ويمكن للقائمة أن تقـــيس عـــدة مظاهر للنمو من الولادة وحتى عمر سبع سنوات ومن أهم المجالات التي تقيسها :

المعلومات العامة ،الاستيعاب ،النطق واللغة ،التحصيل الأكاديمي،مساعدة الـــذات ،المهارات الحركية النفسية ، وبالإمكان استخدام القائمة المكونـــة مـــن (٩٨)اختبـــارا فرعيا من فبل المشخصين والملاحظين ومن اجل الوصول إلـــى المعلومـــات المطلوبـــة ينبغي تشجيع الطفل على التكيف والاستجابة لكل ما هو موجود في البيئة .

تقويم التكيف :

-مقاييس فاينلاند للتكيف السلوكي

vinland adaptive behavior scale

بني من قبلعام ١٩٤٨ sparrow balla & cicchett يعتبر هذا المقيـــاس مـــن المقاييس الشائعة الاستخدام وخصوصاً مع حالات الإعاقة العقلية بمختلف درجاتها وهو صالح للاستخدام من عمر شهر إلى عمر٢٥ سنة ويتألف من٨ أبعاد رئيسية وهي :

الكفاية الذاتية، ارتداء الملابس، تناول الطعام التنشئة الاجتماعية، توجيه الذات، المهنة، الاتصال، التنقل .

ويمكن أن يساعد هذا المقياس على توضيح بعض الجوانب والأبعاد لدى الطفـــل ألتوحدي ولكن يجب عدم اعتماده بشكل منفصل في الحكم على الطفل ألتوحدي لاعتماده على أخذ المعلومات من شخص آخر صاحب العلاقة مع الطفل ألتوحدي الأمر الذي يترك مجالاً لعدم الدقة والصدق في المقياس .

تقويم التواصل :

وتشمل الاختبارات التالية :

١- قائمة تطور التواصل:

developmentsequenced inventory of communication

بنيت القائمة مــن قبــل Hedrick ,prather&robin وتقــيس مهــارات التواصل المختلفة وبشكل مبكر وتقيس مظاهر اللغة الاستقبالية والتعبيريــة وتتضــمن فقرات التقرير العائلي مع فقرات تقدير السلوك .

٢ – مقياس اللغة لما قبل المدرسة : preschool language scale

بني من قبل pond &Zimmerman يتكون المقياس من اختبارين معيــاريين وهما اختبار الاستيعاب السمعي واختبار التواصل التعبيري ويهدف الاختبارين إلى تقويم قابلية الطفل على اللغة التعبيرية والاستقبالية .

٣- مقاييس ينيل للتطور اللغوي:

reynell developmental language scales

بني المقياس من قبل ١٩٨٧ reynell وهو اختبار للغة ويطبق على الأطفال من عمر سنة إلى سبع سنوات ويقيس المقياس اللغة الاستيعابية والتعبيرية ويستخدم بشكل واسع مع الأطفال الذين يعانون من التأخر اللغوي، ومواد الاختبار تشمل مجموعات من الأشياء كلعب الأطفال ، قطع الأثاث ، الملابس ،الحيوانات ،صور من الحيــاة .يتكــون المقياس من جزئيين هما :

(أ) الذي يقيس الاستيعاب اللفظي للأطفال الاعتياديين.

والجزء (ب) الذي صمم للأطفال المعاقين .

استخدم المقياس مع أطفال التوحد القادرين على تسمية الأشياء ولكــنهم غيــر قادرين على ربط الأفكار مع بعضها وكان الأطفال التوحد يون يعانون من صعوبات فــي الاستجابة للاختبار الخاص بالاتصال الشخصي وخاصة في فهم أجزاء الكــلام المتعلقــة بالأشياء والأفعال

٤- اختبار بنبوي للمفردات المصورة :

Peabody picture vocabulary test

بني من قبل ١٩٨١ dunn&dunn وهو يقيس المفردات اللغوية للطفل ويقيس الذكاء العام ويستخدم لأغراض التشخيص .

٥- التقويم الإكلينيكي لأساسيات اللغة ما قبل المدرسة:

clinical evaluation of language fundamentals

بني من قبل ١٩٩٢ second r.semel ، وهي أداة للتحديد والتشخيص والتقويم اللغوي للأطفال ما قبل المدرسة وتقيس القدرة اللغوية التعبيرية والاستقبالية والتركيبية والتذكر السمعي ويطبق على الأطفال من عمر ٣-٧ سنوات.

٦- اختبار الهويس للقدرات اللغوية:

the Illinois test of psycholinguistic

يمكن تطبيق الاختبار على الأطفال من عمر ٢.٣-٩.٣ سنة ويقسم الاختبار اللغة إلى جانب مهارات متعددة وبالإمكان قياس كل مهارة على حدا، مثل فهم الكلمة أو الصورة والربط ما بين الصورة والكلمة والأفكار التعبيرية بالكلمات أو الإيماءات .

واستخدم الاختبار من قبل ١٩٦٦ tubs مع الأطفال التو حديين وتم مقارنتهم مع الأطفال الأسوياء والمتخلفين عقليا، ووجد أن أطفال التوحد يظهرون ضعفا في التعبير الكلامي والإيماءات .

تقويم مراحل الطفولة المبكرة :

وتشمل الاختبارات التالية :

١- مقاييس باليتي للتطور الطفولي:

bayely scales of infant development

بني من قبل bailey ويستخدم لأغراض التقويم التشخيصي في الأعمار المبكرة ولتحديد الأطفال الذين لديهم تأخر في النمو المعرفي والحركي وطبق المقياس على ١٧٠٠ طفل منهم ٨٥٠ ذكر و ٨٥٠ أنثى من عمر (شهر واحد -٤٢ شهرا) ووزعوا على شكل مجاميع عمرية وكل مجموعة تمثل ثلاثة أشهر.

وفي المقياس عدد من المقاييس الفرعية منها لتقدير السلوك والأخرى لقياس النمو العقلي وتقويم مختلف أنواع القدرات مثل القدرات الإدراكية – الحسية والتمييز، الاستجابات للأشياء، التعلم، حل المشكلات ،اللفظ ،المفاهيم الرياضية.

والمقياس الحركي يقيس درجة ضبط الجسم والتآزر للعضلات الكبيرة والعضلات الدقيقة وكفاءة الحركات والتقليد وهنالك ٣٠ فقرة تقيس السلوك والانتباه والاتجاهات والتدابير والانفعالات .

٢- مقاييس ملن للتعلم المبكر:ullen scales early learning

بني المقياس عام ١٩٩٧ لتقويم القدرة على التعلم المبكر والنمو الحركي وتقيس المقاييس الاستيعاب اللغوي الحركي والقدرات الإدراكية للأطفال في كافة المستويات ويستخدم الاختبار مع الأطفال من الولادة ولغاية ست سنوات وهناك خمس مقاييس إضافية تتضمن الجانب الحركي الإدراك البصري الحركات الدقيقة اللغة التعبيرية اللغة الاستقبالية نتائج الاختبار تزودنا بتقويم القدرات اللغوية والبصرية ومستويات اللغة الاستقبالية والتعبيرية للطفل ويمكن بموجب ذلك تحديد طرائق التعليم الملائمة وتحديد الأطفال الذين هم بحاجة إلى الدعم سواء كان سمعيا أو بصريا وتحديد المشكلات التي يعانيها الطفل وخاصة ما يتعلق بالإدراك والحواس .

وتسهل نتائج المقياس تحديد التفاعل الاجتماعي مع الأطفال ويساعد في تحديد مستويات التعليم ويستغرق تطبيق الاختبار ١٥ دقيقة لعمر سنة واحدة ومابين (٤٠-٦٠)دقيقة لعمر خمس سنوات .

٣- قائمة النسخ المبكر early copying inventory

بنيت القائمة من قبل zeitlin & williamsan ١٩٨٨ وهي أداة ملاحظة لتقويم سلوك النسخ الذي يستخدم من قبل الأطفال الصغار والقائمة تزودنا بجوانب الضعف والقوة للنسخ عند الأطفال .

وتتكون القائمة من (٤٨) فقرة قسمت إلى ثلاث مجالات :

التنظيم الحسي –الحركي السلوك الرجعي، سلوك إدارة الذات وصممت لتستخدم مع الأطفال مابين (٤ أشهر –٣٦ شهرا) .

٤- البروفايل النفس تربوي لأطفال التوحد

psycho educational profile

وهو مقسم إلى ست مساحات للمهارات الوظيفية عند أطفال التوحد وله ثلاث درجات حيث يقيم ويشخص حالة الطفل من حيث:

- السلوك.
- الإدراك والتفكير.
- الاستجابة.

ويكمن في ضوء نتيجة هذا التقييم تصميم برنامج تطوري للطفل مع الأسرة سواء في البيت أو المدرسة ويهدف الاختبار إلى قياس الجوانب التربوية التكيف الاجتماعي تعليم الأطفال مهارات جديدة التكيف مع البيئة تصنيف التقييم والتشخيص تقييم الاختلاف الفردي لكل حالة ويعتمد الاختبار على الملاحظة المباشرة لسلوك كل طفل وتقييم قدراته بدون تدخل المدرب أو الشخص الملاحظ وعلى أساسه يمكن عمل برنامج تطوري لكل طفل حسب قدراته وإمكاناته الإدراكية والفكرية والسلوكية

اختبارات لقياس الذكاء :

وتستخدم في هذا المجال اختبارات الذكاء المعروفة والمستخدمة مع الأطفال العاديين ويقدر بناءً عليها درجة ذكاء الطفل ، ويجب الانتباه أننا في تعاملنا مع الأطفال التو حديين يجب أن نركز على اختبارات الأداء غير اللفظية، والاختبارات التي تركز أو تقتصر فقط على هذا الجانب (الأداء غير اللفظي) وخاصة مع الأطفال الذين لا يستطيعون الكلام ومن الاختبارات التي يمكن أن نستخدمها ما يلي :

١- مقاييس وكسار لذكاء أطفال ما قبل المدرسة.

٢- مقاييس وكسار لذكاء الأطفال .

٣- مقاييس القدرة الفاروقية differential ability scales

٤- اختبار ستانفورد _بينيه للذكاء.

٥- مقياس كولومبيا للنضج العقلي Columbia mental maturity scale

٦- مقياس الذكاء غير اللفظي test of non verbal intelligence

٧- مقياس ليتر غير ا للفظي.

٨- بطارية كوفمان kaufmannabc battery

التقييم الأكاديمي :

ويمكن استخدام اختبار المدى الواسع للتحصـــيل wide achievement range test وهو اختبار يقيس القراءة والهجاء والحساب للأطفال في عمر خمس سنوات فأكثر وهناك نموذجين للاختبار يتم تطبيقه قبل وبعد الاختبار ويستغرق التطبيق مـــابين(١٠-١٥) دقيقة وهو اختبار مفيد وجيد في قياس المهارات الأكاديمية عند الأطفال الذين يعد انجازهم الأكاديمي اقل من أقرانهم .

التقييم السلوكي :

ويتضمن الاختبارات التالية :

١- قائمة سلوك الطفل : child behavior checklist

بنيت من قبل Achenbach للأطفال من عمر(٤-١٨)سنةوتقيس مجالين رئيسين هما: السلوك الداخلي والسلوك الخارجي ولكل مجال أربعة اختبارات فرعية وتستخدم في القياس ألتتبعي وهناك نسختان تطبق إحداهما من قبل الأهل والأخرى من قبل المعلم

قائمة التحليل السلوكي للحواس:

analysis of sensory behavior inventory

بنيت من قبل ١٩٩٤ mortom&wolford وصممت لجمـــع المعلومـــات حـــول سلوكيات الأفراد والتي تتعلق بالمثيرات الحسية وهناك ستة مثيرات حسية يمكن قياسها وهي : المثيرات الحسية الملموسة والذاتية ،و السمعية والبصرية والمشية والأشياء

المجردة المعلومات المحصلة من الاختبار تساعد في استكمال التحديد الوظيفي للسلوك وفي عمل وتصميم استراتيجيات التدخل المؤثر وتتضمن الملائمة والتعزيز للإفراد وتظهر عملية الاختلافات الحسية وتكرارها لدى الأفراد الذين يعانون من الإعاقة والمشاكل السلوكية.

٢- قائمة الشخصية للأطفال: the personality inventory for children

يتكون من(١٣) مقياسا فرعيا للتشخيص و(٣) مقاييس للصدق ويطبق على الأطفال من عمر (٣-١٦) سنة ويمكن تطبيقه من قبل العائلة ويقيس المقياس الاضطرابات الانفعالية التالية (القلق، الانسحاب، الكآبة، تشويه الواقع).

٥- البروفايل النفس تربوي للمراهقين الكبار:

adolescent and adults psycho educational profile

- الملاحظة المباشرة .
- الاختبار في المدرسة.
- الاختبار في المنزل.
- السلوك المميز لكل حالة .
- المهارات الوظيفية.

وهذا التقييم مقسم إلى ست مهارات هي:

- المهارات المهنية .
- المهارات الاستقلالية.
- مهارات وقت الفراغ .
- السلوك المهني.
- مهارات التواصل الوظيفي .
- السلوك الشخصي للمصاب.

والاختبار يمكن الاستفادة منه وتطبيقه على حالات التوحد من أجل وضع البرامج العلاجية الملائمة.

٩- الأساليب العلاجية المتبعة في علاج أطفال التوحد:

يعرف العلاج النفسي بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه ، وفيه يقوم المعالج المتخصص بالعمل على إزالة الأعراض المرضية أو تعطيل أثرها ، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته واستغلال إمكانياته بحيث يكون أقدر على التوافق النفسي .

وعلى الرغم من أن المعالجين النفسيين قد يتخصصون في أحد الأساليب العلاجية مثل التحليل النفسي، أو العلاج السلوكي، أو العلاج المعرفي. إلا أن معظم المعالجين النفسيين يركنون إلى الأسلوب الانتقائي في العلاج بمعنى أنهم يستعرضون مختلف الأساليب العلاجية ويختارون منها ما يتناسب وحالة المريض .

فهناك أساليب علاجية عديدة تستخدم في معالجة الأطفال التوحديين ويجب التأكد من انه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد كما انه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد وهي ما يأتي :

التحليل النفسي :

برونو بتلجيم Bruno Betteleheim كان من أول من اقترح الطريقة النفسية في علاج التوحد مشيراً إلى والدين باردين في عواطفهما ورافضين العلاقة مع الطفل ، وأن هذا هو السبب الرئيسي للتوحد ، وهو يشجع ويدافع على ضرورة نقل الطفل من منزل والديه وإدخاله إلى مصحات أو بيوت داخلية سواء داخل المتشفى أو ملحقة لها (كما هو في أمريكا) وطريقته متداخلة مع نفل الطفل من سيطرة الوالدين مع العلاج وتغير البيئة السكنية بالنسبة للطفل .

كان استخدام جلسات التحليل النفسي احد الأساليب العلاجية السائدة حتى السبعينات من هذا القرن وكان احد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة ودية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه أن الطفل التوحيدي لم تستطع تزويده بها غير أن هناك تحفظ على هذا الافتراض هو أن هذه العلاقة تحتاج إلى سنوات عدة حتى تتطور خلال عملية التحليل النفسي وعلى أية حال هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين :

الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج .

الثانية: يركز المعالج النفسي تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء .

ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال التو حديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية العقلية .

العلاج السلوكي :

هذا المدخل كلن له أثر كبير في تحسن كثير من الأشخاص التو حديين وهو منبثق من نظرية التعلم وهذا التكنيك يؤثر تأثيراً قوياً في البرامج التي تؤسس عليه .

وبالرغم من أنه أساساً مقيد إلى نظام الثواب والعقاب إلا أنه اليوم هناك العديد من الأنظمة السلوكية للعمل مع المعاقين، كالتعليم الإجرائي والتعليم المعرفي والتعليم الاجتماعي .

يمكن تقديم برامج تعديل سلوك أطفال التوحد للأسباب الآتية:

١. أنها تقدم المنهج التطبيقي للبحوث التي تركز على الحاجات التربوية لأطفال التوحد
٢. تعتمد على أساسيات التعلم والتي يمكن تعلمها بشكل سهل من قبل غير المهنيين.
٣. يمكن تعليم أطفال التوحد نماذج من السلوك ألتكيفي وبوقت قصير ومن السلوكيات التي يمكن تعليمها لأطفال التوحد هي :

- مهارات تعلم اللغة والكلام .
- السلوك الاجتماعي الملائم.
- مهارات متنوعة من العناية الذاتية .
- اللعب بالألعاب الملائمة .
- المزاوجة والقراءة .
- المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام .

وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافئة(إثابة) السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماما وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل .

وترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة السلوك ألتوحدي أو التخلص منها إلى عدة أسباب وهي:

١. انه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تريب وإعداد لا يستغرقان وقتا طويلا .
٢. انه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبيرأو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل مع نتائج القياس وانه لا يعير اهتماما لحدوث الاضطراب وإنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون التعرض لخلافات العلماء حول أصلها ونشأتها.
٣. انه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافئة السلوك الذي يهدف إلى تعليم وحدات استجابة صغيرة متتالية ومتتابعة تدريجيا عن طريق استخدام معززات قوية .
٤. أنه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط مقابلة جميع طلباته وتوفر الدقة في التطبيق .

وهناك من ناحية ثانية عدة خطوات يتعين الاهتمام بها وذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب وهذه الخطوات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

١- تحديد الهدف .

٢- سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل .

٣- حث الطفل على الاستجابة .

٤- مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك .

٥- نوعية المكافئة .

١- التدخلات الطبية – الحيوية :-

يمكن استخدام هذا النموذج البيولوجي الخاص بالتوحد لمعرفة فاعلية مختلف المعالجات الدوائية المستخدمة من عدمها . ولا يمكن هنا عرض دراسة تفصيلية لكل هذه المعالجات ولكن هناك عدد من العناصر البارزة .

أ. الأدوية: أولا، ليس كل الأشخاص المصابين بالتوحد(مع الاضطرابات المصاحبة) سواء . فلا يزال الطبيب يستند في توصياته على التجربة والخطأ . وإن الأسلوب المنطقي جدا في علاج زيادة المواد المخدرة في الجسم هو استخدام دواء فعال مضاد للمواد المخدرة يتم تناوله بالفم مثل\" الترا يكسون \" . مع أن التقارير لمن تكن إيجابية على مستوى العالم فقد أوضحت بعض الدراسات وجود أثر مفيد ملحوظ عند استعمال الدواء بجرعة مناسبة ومنخفضة . وحيث أن وجود المواد المخدرة عامة (ولكن ليس بصورة حضرية بالطبع) يقلل السريان في الأنظمة الرئيسية في الجهاز العصبي المركزي فإن الأدوية التي تقلل السريان كثيرا (مثل الأدوية المهدئة التي تؤثر على الأنظمة الدوبامينيه) يمكن القول بأنها غير مفيدة . وإن أدوية مثل لبريد أو هالوبيريدول التي تزيد من السريان الدوباميني عند استعمالها بجرعات منخفضة مناسبة يمكن أن

تكون مفيدة . وأن ريسبيريدون سيعزز السريان السيروتونيرجي (من خـلال المفعـول المشارك ٥- H T٢) ويعزز كذلك السريان الدوباميني (من خـلال مفعـول المقاومـة D٢) ولذلك يبدو واعدا . توجد العديد من الأدوية المشتركة الاسـتخدام التـي يمكـن التكهن بفعاليتها باستخدام هذا النموذج .

التدريب على التكامل السمعي :

وتقوم آراء المؤديين لهذه الطريقة بان الأشخاص المصابين بالتوحـد مصـابين بحساسية في السمع فهم إما (مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص فـي الحساسـية السمعية ولذلك فان طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريـق عمل فحص السمع أولا، ثم يتم وضع سماعات على آذان الأشخاص التو حديين بحيـث يستمعون إلى موسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (دجيتـال) والتـي تـؤدي إلـى تقليـل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حال نقصها .

وهذا البرنامج يمكن تطبيقه مرتين في اليوم وبمعدل نصف ساعة ولمدة عشـرة أيام متواصلة إن هذا البرنامج غير مؤذ وانه ليس من الواضح فيما إذا كان الإصغاء إلى الأصوات العشوائية هو أفضل من الإصغاء إلى الموسيقى وليس هناك إثباتات علمية بان العلاج كان ذات فائدة للطفل .

العلاج التعليمي :

وهو مثل التكنيك الإجرائي يتبع نظرية التعليم ويؤكد على ملاحظة سلوك الطفـل، وبعكس الإجرائي هذا المدخل ليلغي كل المتغيرات غير الملحوظة أو حتى غير المناسبة للتعليم وإنما يهتم بها. وبالرغم من أن الإدراك أو المعرفة غير الواضحة صعبة القياس فإن الأفكار والظنون رئيسية لهذه النظرية ، والتي تؤمن بأن وجود هذه الأفكـار يتبـع نفس القوانين وأنظمة التعليم والسلوك .

وخاصة كنتيجة للاهتمام والتركيز في دوائر البحث العلمي لتحسين إعداده وتدريبه وتنمية قدراته ومهاراته في مجال التواصل اللغوي وغير اللفظي والنمو الاجتماعي والانفعالي ومعالجة السلوكيات النمطية والشاذة والعدوانية والتدريب على رعاية الذات والتدريب النفس حركي والمهني حتى حقق آلاف أطفال التوحد نجاحا كبيرا في تحقيق قدر مناسب من الحياة الاستقلالية وحيث بدأت برامج التدخل العلاجي التعليمي مبكرا في حياة الطفل وبالطرائق التالية :

١-طريقة البرنامج التعليمي الفردي: individual educational program

و يعرف على انه برنامج تعليمي خاص مبني إعداده على افتراض أن لكل طفل توحدي احتياجاته التعليمية الخاصة ومستويات نمو متباينة لقدراته المختلقة أو بالأحرى أن له صورة أو صفحة بيانية profile خاصة تحدد مشكلاته واحتياجاته والعمر العقلي لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة لعمره الزمني هذا البروفايل يعد بناءاً على قياس وتقييم دقيق لتلك القدرات يقوم باجراه فريق من الأخصائيين النفسيين والتربويين ليكون أساسا لتخطيط برنامج التعليم الفردي للطفل.

و الفكرة في التربية الخاصة كما نعلم هي أن نهيئ الطفل ألتوحدي البيئة التعليمية الخاصة به والتي تسمح بتعليمه بسرعة اقل من سرعة تعلم الطفل العادي مع التركيز على أنشطة وموضوعات تعليمية وطرق تدريس وتكنولوجيا خاصة به ليتمكن من تعويض القصور الذي تفرضه عليه إعاقة التوحد وعلى نمو قدراته ويعتمد اختيار الفصل المناسب لمستواه وعلى درجة تخلفه في كل قدرة من هذه القدرات عن الطفل العادي عندما يلتحق بالمدرسة أو المركز التعليمي وعما إذا كان يعاني من توحد فقط أو إعاقات أخرى مصاحبة للتوحد وتتطلب أساليب تعليمية وأنشطة فضلا عن تلك التي تتطلبها إعاقة التوحد كذلك لا بد أن يتضمن برنامج التقييم حصرا توصيفا دقيقا للسلوكيات النمطية التي يندمج في القيام بها الطفل ألتوحدي بشكل متكرر يستنفذ جزءا

كبيرا من وقته وتركيزه ، كذلك تحديدا للسلوكيات الشاذة والعدوانية التي تسبب إيذاء له أو لمخالطيه فالحصر والتقييم لهذه السلوكيات تؤدي إلى تضمين البرنامج التعليمي جانبا من وسائل وطرق العلاج تلك السلوكيات التي لو أهملت تحول دون فاعلية البرنامج التعليمي وتحقيق أهدافه.

٢- طريقة teach :

وهو اختصار ل treatment and education of autistic and related communication handicapped children

و تمتاز هذه الطريقة بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك بل تقدم تأهيلا متكاملا للطفل عن طريق هذا البرنامج وإن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد ما بين (٥-٧)أطفال مقابل معلمة واحدة ومساعدة لمعلمة ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل ومن مزايا هذا البرنامج انه ينظر إلى الطفل ألتوحدي كل على انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته العقلية – العضلية –العقلية اللغوية وذلك باستعمال اختبارات مدروسة.

إن هذا البرنامج يدخل عالم الطفل ألتوحدي ويستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين ويهيئ البرنامج الطفل للمستقبل ويدربه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له ومن المهم أن يعرف الوالدان :

- كيف يفكر الطفل ألتوحدي وما هو عالمه.
- ما هي وسيلة التواصل المناسبة بالنسبة له .
- كيفية تقوية التواصل الاجتماعي .
- كيفية تهيئة المنزل والبيئة .
- كيف نعلم الطفل المشاعر الإنسانية.

٣- طرقة فأست فورود fast forword:

وهي عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد وتم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة paulatallal على مدى ثلاثين سنة تقريبا وبينت أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة.

وتقوم فكرة البرنامج على وضع سماعات على إذني الطفل بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب ويلعب ويستمع للأصوات الصادرة من هذه اللعب وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية ولم تجر حتى الآن بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال التو حديين .

التواصل الميسر : facilitated communication

تشير العالمة ورز ماري كروسي من استرالية إلى إستراتيجية محددة في تعليم حالات التوحد الشديد وتعتمد طريقة التواصل الميسر على وجود شخص مساعد يساعد الطفل ألتوحدي عن طريق وضع اليد على اليد ويقوم الشخص ألتوحدي بالطباعة على الآلة الكاتبة أو الجهاز الخاص بالتواصل الصوتي وبمساعدة الشخص الآخر .

وقد حظيت هذه الطريقة على اهتمام إعلامي مباشر وتناولتها كثير من وسائل الإعلام الأمريكية ولكن النقد الموجه إلى هذه الطريقة ، هو أن الشخص المعالج قد يتدخل أكثر من اللازم ويقوم باختيار الأحرف المناسبة لتكوين جمل تعبر عن عواطفه وشعوره هو وليس الطفل ألتوحدي .

وما يزال هناك جدل حول هذه الطريقة ومدى صحتها ومع هذا فمن الثابت أن هذا النوع من التدريب ناجح ولا يمكن تجاهله لان حاسة اللمس حاسة قوية يمكن الاعتماد عليها في توصيل الرسالة للآخرين .

العلاج بالتكامل الحسي sensory integration therapy

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني ويقــوم علــى أســاس أن الجهــاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم ، وبالتالي فان أي خلل في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس (مثل حواس الشم ، السمع ،البصر ،المس ،التوازن ،التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحديه ويقوم بعلاج هذه الأحاسيس ومن ثــم العمــل على توازنها ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التو حديين يظهرون أعراضا تدل علــى خلل في التوازن الحسي كما انه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامــل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التو حديين حيث يجب مراعاة ذلــك أثنــاء وضــع برنامج العلاج الخاص بكل طفل .

إن هذا البرنامج يتضمن التنفس العميق للطفل ،المساج ،اللمس برفق واستخدام اللمس التي تعين الطفل على الاستجابات الكيفية فضلا عن تدريب الدماغ الطفل لتكامــل المدخلان لمختلف الأحاسيس لقد جرب هذا البرنامج على (١٠) أطفال وتــم إعطــاؤهم (١٥) دقيقة من العمليات المساحية قبل النوم، وقرأ على (١٠) اطف الآخرين القصــص قبل النوم وبعد مرور شهر على هذا البرنامج وجد تحسنا واضحا في السلوك الاجتماعي

ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثــر عمليــة مــن التــدريب الســمعي والتواصل الميسر حيث يمكن بالتأكيد الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه .

العلاج بالموسيقى music therapy

درست التأثيرات العملية والعلاجية للموسيقى علــى أطفــال التوحــد فوجــد أن للموسيقى تأثيرا كبيرا على انخفاض النشاط الزائد عند الأطفال وانخفاض مستوى القلق وأنها أفضل بكثير من استخدام الكلام إذ أنها تساعد الطفل على تذكره للاغاني كمــا أن هذا البرنامج يعد بسيطا وسهلا في تدريب الطفل عليه وليس له أية تأثيرات جانبية .

العلاج بالحمية الغذائية :

ظل آباء الأطفال المصابين بالتوحد والاضطرابات المصاحبة لسنين عديدة يستقصون في أثار الأطعمة المنزوعة الغلو تين والكاريين ، وعموما فقد كان هناك شك في هذه الجهود أو عدم رضا من أغلبية المختصين ، وهناك أطباء ومختصرا تغذية ومدرسون ومتخصصون آخرون في الرعاية مستعدون لبحث هذه الأفكار لأنفسهم ولكن الآباء يميلون إلى عدم الاندفاع لمتابعة تلك التدخلات ، وتقدم الدراسات النرويجية دليلا مؤيدا لفاعلية تلك التدخلات ولكن حتى ترد إجابة أخرى فإن المختصين يجدون صعوبة في تقديم موافقة خالصة على تلك الجهود .

وقد أكملنا أخيرا المرحلة الإرشادية لدراسة تشمل إزالة الغلو تين من الغذاء .

ونظرا لأن العدد الكلي للأشخاص الذين يخضعون للاختبار صغير نسبيا فإنه يجب أخذ الحذر في عمل أي نتائج ختامية ولكن كان هناك تناسق وانسجام مدهش بشأن التغييرات التي ذكرها كل مدرسوها وآباء الأطفال الخاضعين للاختبار ، وقد ظهرت أكثر حالات التحسن انسجاما في تطور اللغة والقدرة على التركيز. كما ظهر تحسن في أساليب النوم لدى معظم الأشخاص الذين خضعوا للاختبار.وإذا كان هناك ثمة شيء اتضحت فيه هذه التحسينات أكثر فهو الأشخاص الخاضعين للاختبار والذين تألموا كثيرا .

نحن مترددين في التوصية بهذه الأساليب ودائما نضغط على الأبوين ليشاورا مع طبيبهم العام وإذا أمكن مع أخصائي التغذية قبل إجراء تلك التجربة . وعلى كل حال نحن دائما مستعدون للرد على طلبات المعلومات والنصيحة . وذكر العديد من الآباء حدوث ترد في السلوك في البداية في عدد من الطرق وهذه قد تفسر فيما يتصل بآثار السحب. وإن إزالة الأغذية التي قد تؤدي لإنتاج المواد المخدرة يمكن التنبؤ بها لإحداث آثار مماثلة لتلك التي شوهدت عند سحب الأدوية المخدرة من شخص مدمن للمخدرات، كما ذكر الآباء حدوث قلق والنظر في الفضاء والأطراف

الفقيـرة والـدوار وسـوء المـزاج بشكـل عـام ، ولكن هذا لا تدوم أكثر من أسبوعيـن أو نحوهمـا . وتفترض ملاحظاتنا أن هذه الآثار أكثر وضوحا في الأطفـال الصغار ، وتشهير التجربـة إلى أن ظهور هذه الآثار السالبة يتعلق فعلا بنتيجـة أكثـر إيجابية للتدخل . إن التقارير القصصية الـواردة مـن الآباء مشجعة ونحن نـدرك أن آلاف الآبـاء تتـم مقابلتهم بهذه الطريقة مع تأييد أطبائهـم أو عدمه ، ونحـن أيضـا مدركون لعدد محدود مـن التقاريـر حيـث أفـاد آبـاء الأطفـال المؤدون بأنفسـهم بحدوث تحسينات سريعة جدا ، ولدينا معرفة شخصية بعدد أو حـالات أبدى فيها صغار الأطفال حالات تحسن سريعة جدا ولكن لا يمكن اعتبارها نهائية في هـذه المرحلـة ، وكما نعلم فإن أول حالة تم فيهـا إعداد طبيب لوصف المواد الخالية من الغلو في مركز خدمة الصحة الوطنية (في المملكة المتحدة) للتوحد كان عام ١٩٩٥ .

وعلى الرغم من عدم حصولنا على المعلومات المناسبة فسنقدر ذلك بأكثر مـن ٥٠% من الحالات التي تم إدخالها والنتائج الملحوظة لوصف هـذه المنتجـات بهـذه الطريقة . وقد حان الوقت بوضوح للشروع في التجارب الإكلينيكية حتى يتسنى قيـاس فعالية تلك التدخلات وإن دراستنا الإرشادية التي تناولت استخدام أنـواع مختلفـة مـن أدوات التقدير السلوكي والنفسي إضافة إلى مراقبة صور الببيتيدات (المواد الهضـمية) البولية لفترة ستة أشهر تمدد إلى بحث دقيق جدا نأمل أن يقـدم معلومات عن فعاليـة هذا النوع من التدخل .

تدخلات أخرى :-

توجد العديد من التدخلات الأخرى التي قام بهـا الآبـاء واختصاصـيو العـلاج المناوبون ، وهي قد لا تكـون فعالة ولكنها معقولة نسبيا حسب هذه النظريات . وقـد أجريت بعضها بوسائل كبيرة جدا وكانت الأخرى نتيجة لتفكير استنتاجي يستند على هذه التفسيرات . وتوجد العديد من التداخلات كهذه ولكن نورد بعض الأمثلة أدناه . ويجب

التأكد على عدم وجود معلومات منشورة تؤيد فعالية أي من هذه التدخلات وأن إدراجها هنا لا يمثل بأي حال موافقة أو توصية من جانبنا .

١- إزالة المركبات الصيغية (الفينولته) من الأطعمة :-

أوضحت الدراسات أن نشاط الإنزيمات الناقلة للكبريت يزول كثيرا بوجود المواد الكيماوية المحتوية على نسبة عالية من الراتج الفينول، وإن العديد من تلك المركبات مصبوغة ولهذا السبب أو لأنهم توصلوا لذلك بوسائل كبيرة فإن بعض الآباء السبب أو لأنهم توصلوا لذلك بوسائل كبيرة فإن بعض الآباء والأطباء قد أزالوا كل المواد الملونة (الصيغية) من الطعام. ويعتبر (سارة داين) أحد تلك الأطعمة الذي وجد قبولا كبيرا في الولايات المتحدة . وقد طورت ذلك إحدى الأمهات وهي ساندرا جونسون التي قامت لأسباب عديدة بإزالة كل الأطعمة المحتوية على الإصباغ الجزرانية وإصباغ النكهة والساليسيلات وبعض المركبات الأخرى .

٢- استعمال الإنزيمات الإضافية :-

بجدر ملاحظة أن الآباء ولعقود من الزمن كانوا يستخدمون إضافات تغذية من (محلات الأطعمة الصحية) في محاولة لتحسين فرط النشاط لدى الأطفال ، وقد أحتوى المنتج المفضل على (الببسين)(pepsin) وهو إنزيم يكسر البروتينات وبذلك يقلل مستويات الببيتيدات (المواد الهضمية) ، كما أحتوى على (كلوريد بيتين) (هيدروكلوريد غلايسين المثيل الثلاثي) الذي يقال أنه يجعل محتويات المعدة أكثر حمضية وبذلك تستطيع الإنزيمات أن تعمل بفعالية أكثر، وهذا الدور الذي يصعب تفسيره يعطي هذه الافتراضات معنى حقيقيا .

العلاج باللعب :

اهتم علماء النفس بتفسير ظاهرة اللعب، حيث أنه سلوك نظري وحيوي في حياة الطفل الصغير، وهو النشاط الذي لا ينم عن الكسل أو التعطل ، لكنه النشاط الذي يعبر عن طريقه الطفل في التفكير والتدليل ، والاسترخاء والعمل ، حيث يعرفه جان بتاجيه

بأنه الاستجابات التي يؤديها الفرد من أجل الاستمتاع الوظيفي ، أما غفر وبل فيعرفه بأنه نشاط تلقائي ونفسي وفي الوقت نفسه هو خيالي للحياة البشرية في مجموعة ، لذلك كان مقروناً دائماً بالفرح والحرية والرضا والراحة النفسية والجسمية والسلام الكوني .

فاللعب هو أحد الأساليب الهامة في تعليم الأطفال وتشخيص وعلاج مشكلاتهم ، ويستخدم اللعب كطريقة علاجية في حد ذاته ، ويستخدم أيضاً ضمن طرق علاجية أخرى

والعلاج باللعب طريقة هامة في علاج الأطفال المضطربين نفسياً ، حيث يستغل اللعب للتنفيس الانفعالي ، وتنفيس الطاقة الزائدة ، والتعبير عن الصراعات ، وتعليم السلوك المرغوب .

وقد قام عدد من العلماء بدراسة الفروق بين الجنسين في اللعب ، وبتحليل أثر الإحباط على سلوك الطفل ، وكشف السلوك العدواني لدى الطفل

ويعرف موستاكس العلاج باللعب على أنه (مجموعة من الاتجاهات يستطيع الأطفال من خلالها وعن طريقها أن يشعروا بالحرية الكاملة في التعبير عن أنفسهم بصورة كافية وبطرقهم وبأساليبهم الخاصة كأطفال ، حتى يتمكنوا في نهاية الأمر من أن يحققوا إحساسهم بالأمن والكفاية والجدارة من خلال الاستبصار الانفعالي .

وهناك ثلاثة اتجاهات رئيسية للعلاج باللعب المتمركز حول الطفل وهي :

- الإيمان بالطفل والثقة به .
- تقبل الطفل كما هو والتواصل معه .
- احترام الطفل كإنسان .

يحتاج الأطفال التوحديون في ألعابهم مزيداً من تجارب الحياة الواقعية وذلك من خلال توفير أنواع الألعاب ذات النمط المحسوس والمقرب من أشكال بلاستيكية للأطعمة (الموز، التوت ، التفاح ، البرتقال ، الجبن ، السندوتش) وهياكل تشكيلية من كعكة عيد

الميلاد والأدوات المطبخين والأدوات الطبية والمهنية الأخرى مثل أدوات النجارة والحدادة والزراعة حتى تقترب منه فكرة الحياة بشكل تدريجي ، ومجموعة هذه الأشكال والألعاب المادية المتقاربة للأدوات الحقيقية تُعطي الخبرات الحياتية المهنية للمستقبل وهناك أشكال أخرى للألعاب من البيوت والكراكات وأحواض السباحة والحيوانات والسيوف جميعها تُعطى التو حديين ليستخدمونها في اللعب ويلهون بها مع الإرشاد والتوضيح باستمرار لكي تتحقق العملية المستهدفة من هذه اللعاب الرمزية للحياة الواقعية، ومن ثم الاختلاط والاقتراب من جديد إلى أرض الواقع، مما يكون له أثر إيجابي لحياتهم العملية المستقبلية

ومن الأهمية بمكان أن تُراعي الأسرة والمدرسة من خلال اللعب والعمل الجماعي الأهداف والبرامج العلاجية للطفل ألتوحدي مع ملاحظة تسجيل عدد المرات التي تتكرر فيها الاستجابات ومدتها وثباتها.و جميع هذه الملاحظات العلمية تحتاج من أسرة الطفل ألتوحدي والأسرة التعليمية ، التدريب والممارسة في مجال العمل وكذلك تحتاج إلى إطلاع واسع على اضطراب التوحد (تثقيف الأهل) بالقراءة والمحاضرات والندوات والمؤتمرات والكتابة في الصحف والمجلات بشكل دوري للمجتمع.و هكذا نستطيع أن نبرز جوانب القصور وأن نركز على الجوانب السلبية لدى الأطفال وأن نعمل مرة أخرى على تطوير وتصحيح الجوانب السلبية في اللعب والانتقال إلى التمارين الرياضية الهادفة والاستفادة من الإغراءات الرياضية عن طريق المرح والألعاب المُشوقة التي تدفعهم للجد والاهتمام ، وهذه جميعها مسائل هامة تتطلب:

١- مُعززات وتدعيمات اجتماعية (Social Reinforcers) وتنقسم هذه المُعززات إلى قسمين: لفظية كالمدح والثناء ، مثال : يا شاطر يا محمد/ بطل جمودي / شكراً مني.

غير لفظية ، كالابتسامة والاحتضان والنظر إليه بإعجاب بشكل يشعر معه بتقدير عمله ونجاحه في أداء الوظيفة الموكلة إليه.

٢- عقود سلوكية (Contingency Contracting) وقد سبقت الإشارة إليها وهـــي عبارة عن اتفاقية بين الطفل ألتوحدي والمعلمة أو الوالدين حـــول المهمـــة التـــي سوف يؤديها ومن ثم حصوله على المكافأة حسب الاتفاق.

٣- مُكافآت مادية (Tangible reinforcers) وهي مُعززات ملموسة تُعبر عن الرضا والتفوق بتقديم رموز مادية من إشارات النجوم الورقية ووضع علامات أو تجميع نقود أو إعطائه ألوان ومجلات وألعاب وكلها أساليب مُختلفة تهدف إلـــى إنجـــاح التواصل الجسمي والنفسي وتهيئة الجو النفسي والعقلي وإتمام الراحة الوجدانيـــة مع الآخرين.(جوهر١٩٩٨ ،٦٠)

الخطوات الرئيسية في تعديل سلوك ألتوحدي:

Steps inBehaviour Modification of Autistic Child

هذه طائفة من الخطوات التي يمكن إتباعها ضمن برنامج إجرائي لتعديل ســـلوك الطفل ألتوحدي:

١. تحديد السلوك المستهدف (تصحيح أفعاله الخاطئة).
٢. تعريف السلوك المستهدف (طلبه للشيء ، خروجه دون إذن ، ضربه للآخرين).
٣. قياس السلوك المستهدف (الفترة الزمنية التي تمت ملاحظته فيهـــا والخطـــوات التي تم إتباعها).
٤. تحديد المتغيرات ذات العلاقة الوظيفية بالسلوك المستهدف (البيئة).
٥. تصميم خطة العلاج (مع المدرسة ، مع الأسرة ، مع المدرب).
٦. تنفيذ خطة العلاج (المرحلة الند خلية في العمل).
٧. تقييم فعالية برنامج العلاج (مخرجات العلاج).
٨. أهم النتائج المستخلصة للخطوات السابقة (وضع التوصيات اللازمة).

بقي أن نذكر الغرفة المصممة للبيع للمدارس والبيوت في أنحاء أوروبـا وأمريكا والمخصصة للأطفال التوحيديين :

غرف اللعب للأطفال التو حديين :

صممت في عام ١٩٩٨ لمساعدة الأطفال التو حديين وأهاليهم وقد جهزت بألعاب بسيطة مستوحاة من قصص الأطفال الخيالية ، مثل مكنسة الساحرة وجبال التسلق مـــع تأمين شروط الأمن والغرفة تعلم أهالي الأطفال طرق اللعـــب مـــع هـــؤلاء الأطفـــال ، والمشرفون على الغرف مختصون في التعامل مع الأطفال التو حديين .

الفصل الرابع

التغذية العلاجية لمرضى التوحد

التوحد هو نوع من الاضطرابات التطورية النمائية والتي تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، حيث ينتج هذا الاضطراب عن خلل في الجهاز العصبي يؤثر بدوره في وظائف المخ، وبالتالي يؤثر في مختلف نواحي النمو فيؤدي إلى قصور في عمليات الاتصال (سواء كان لفظياً أم غير لفظي) والتعلم والتفاعل الاجتماعي.

والأطفال المصابون بالتوحد يستجيبون دائماً إلى الأشياء أكثر من استجابتهم إلى الأشخاص، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم،ودائماً يكررون حركات بدنية أو مقاطع من الكلمات بطريقة معينة.

قد أكدت الأبحاث الطبية الحديثة وجود دور للحلوتين والكاريين في مرض التوحد، ففي دراسة نشرت في مجلة Clinician Reviews بتاريخ ٢٦-٨-٢٠٠٣ بعنوان التوحد . . تحديات في التشخيص والعلاج للباحثين جاريا ت . تدسون، وديان ديك سون، وبعنوان جانبي: التغيرات غير الطبيعية في الهضم، قال البحث: اقترح العالم هو فارث ومجموعة العمل معه أن مرض التوحد ينشأ من إغراق للجهاز العصبي المركزي – مبكراً ولفترة طويلة – بفيض من أشباه المورفينات، التي يحتمل أنها مشتقة من الهضم غير الكامل للحلوتين الغذائي و/أو الكازيين.

ويقترح الباحثون المحققون أيضاً أن التغيرات غير الطبيعية في الهضم مثل ارتجاع المريء، ونقص إنزيم هضم المواد الكربوهيدراتية في الأمعاء، قد تشرح جزئياً الغضب المفاجئ والسلوك العدواني أو الاستيقاظ ليلاً والذي يمر به العديد من الأطفال المصابين بالتوحد . ويقترح البحث أيضا أن يجرب الآباء والأمهات نظام التدخل الغذائي الخالي من الحلوتين والكازيين كوسيلة من وسائل العلاج من التوحد . وهذا يعني أن الهيئة الطبية قد اعترفت فعلاً بوجود دور للتدخل الغذائي في علاج هذا المرض.

وفي بحث آخر صدر في النرويج في العام ٢٠٠١، قرر الباحث أن الامتناع عن الجلوتين والكازيين يؤدي إلى التقليل من السلوكيات التوحيدية، ويزيد مهارات التواصل الاجتماعي، وفي الوقت نفسه فإن كسر النظام الغذائي يؤدي بالتالي إلى عودة الأعراض مرة أخرى.

وحول تغذية الأطفال المصابين بالتوحد يدور الحوار التالي مع الدكتور طارق سيف اختصاصي تغذية علاجية.

ما الأشكال والأعراض النمطية للأطفال المصابين بالتوحد؟

الإعراض العامة لهذا الاضطراب قد تشمل التهابات الأذن المتكررة، مشكلات الإخراج، اضطرابات النوم، ضعف التواصل البصري، العزلة، نوبات الغضب، جفاف الجلد، اضطرابات عمل النوافل العصبية، التحسس من الضوء، الإسهال، الإمساك، العدوانية، الإحباط، عدم تحمل الجلوتين، عدم تحمل الكازيين (بروتين الحليب)، العدوى المتكررة، مشكلات الجلد، التهاب الرئة وغيرها . كل المشكلات المذكورة أعلاه هي أعراض نمطية للأطفال المصابين بالتوحد، ومعظمها أعراض متكررة.

إن مرض التوحد ينشأ من إغراق للجهاز العصبي المركزي - مبكراً ولفترة طويلة - بفيض من أشباه المورفينات، التي يحتمل أنها مشتقة من الهضم غير الكامل للجلوتين الغذائي أو الكازيين، موضحاً أن التغيرات غير الطبيعية في الهضم مثل ارتجاع المريء، ونقص إنزيم هضم المواد الكربوهيدراتية في الأمعاء، قد تشرح جزئياً الغضب المفاجئ والسلوك العدواني أو الاستيقاظ ليلاً والذي يمر به العديد من الأطفال المصابين بالتوحد

ما الأعراض التي تعزى لضعف جهاز المناعة؟

معظم هذه الأعراض تعزى إلى ضعف نظام المناعة عند هؤلاء الأطفال. إن الطريقة الفعالة هي في خلق الاستقرار والتوازن لوظائف جهاز المناعة ضمن الإطار

الطبيعي، ويتأثر جهاز المناعة في الجسم ويضعف للكثير من الأسباب التي تتضمن الجراثيم (الفيروسات، البكتيريا، الفطريات، الطفيليات)، وكذلك في السموم المترسبة في الجسم مثل المعادن الثقيلة، السموم المترسبة في الكبد والسموم البيئية التي تتضمن الأدوية الكيماوية وترسبات المعادن الثقيلة الناتجة عن اللقاحات.

كيف نحسن ونقوي جهاز المناعة؟

إن المفتاح لذلك هو كيفية رفع كفاءة جهاز المناعة وجعله قوياً لدرجة كافية لمواجهة العوامل المؤثرة فيه بشكل سلبي . ومن الواضح أن مثل هذه العوامل من فيروسات وبكتيريا وطفيليات وفطريات وسموم مترسبة تهدد بشكل جدي هذا الجهاز، خصوصاً إذا كان ضعيفاً وقابلاً أو مهيئاً لذلك، لأنه في هذه الحالة (حالة الضعف) فإن الأجواء تكون مناسبة لنمو مثل هذه الجراثيم وستكون قادرة على اختراق أعمق المواقع الموجودة في الجسم والتي تسبب التراجع في الصحة . إن الأعراض الناتجة عن هذا التراجع لا تعد ولا تحصى، وبعضها يتضمن ضعف بناء الخلية وفقد كفاءة وفعالية النوافل العصبية، واضطراب في وظائف الدماغ والاتصال ومشكلات في الجهاز الهضمي وتراجعاً في أدائه وضعف نفاية الأمعاء وتراجع وظائف الهرمون، وإفرازاً غير مناسب لهرمون السكريتين (الذي يحث الكبد والبنكرياس على الإفراز(، (DHEA)، إنتاج وامتصاص (B١٢) في تجويف الأمعاء وتراجع عمل الإنزيمات في البنكرياس.

ومن المهم جداً لوقف التراجع أن نعيد جهاز المناعة إلى وضعه الطبيعي بأن يكون نشطاً ذاتياً وقادراً على حماية الجسم.

ما آليات إعادة جهاز المناعة إلى حالة التوازن؟

وقاية الجسم من أخذ المزيد من العوامل السلبية وذلك بتناول الحمية الصحيحة والغذاء الصحي (من دون سموم، مواد كيماوية . . . إلخ) بتجنب الأغذية صعبة الهضم لأن الجهاز الهضمي في هذه المرحلة ضعيف (الجلوتين، الكازيين، السكر، النكهات الصناعية والدهون المشبعة).

وقف تغذية البكتيريا والفيروسات والطفيليات والفطريات (خلال هــذه المرحلــة يجب عدم تناول المكملات الغذائية)، وتخفيف الضغوط والعوامل المؤدية للتــوتر قــدر الإمكان (تنظيم الحياة للأطفال وجعل الظروف البيئية آمنة وإحاطتهم بالمشاعر والحــب والحنان)، وإزالة العوامل السلبية من خــلال الــتخلص مــن الفيروســات والبكتيريــا والطفيليات والفطريات، والتخلص من السموم المترسبة في الجسم.

ترميم وظائف الأعضاء الضعيفة في الجسم من خلال تــدعيم بنيــة ووظــائف الخلايا، وإعادة التوصيل للنوافل العصبية (ببطء وتوازن)، وتحســين وظــائف الــدماغ ووظائف الاتصال، وإعادة بناء الجهاز الهضمي من خلال إعادة البكتيريا النافعــة فــي الأمعاء وتنشيط وظيفة البنكرياس (الإنزيمات والهرمون) وتنشيط إنتاج فيتامين B١٢في القولون

وتنشيط Peyers patchesوهي المعروفة بأنها تقــوم بتجميــع الحويصــلات اللمفاوية، وهي مشابهة للوزتين وهي موجودة في الجســم، خصوصــاً فــي الطبقــة المخاطية للجهازين الهضمي والتنفسي، وذلك من أجل إنتاج كريات الدم البيضاء بشــكل مناسب والتي هي خط الدفاع لأي شيء يهاجم جسم الإنسان، وإعادة الغدة الكظرية إلى توازنها (إنتاج السكريتين و DHEA) وهي الهرمون المهمة للشعور بشكل جيد.

ما أساليب العلاج لمرضى التوحد؟

-هناك أساليب عدة للعلاج تتلخص في:

أ. العلاج الطبي: قد يكون لبعض العقاقير دور بسيط في تقليل النشاط الزائد أو علاج الصرع إن وجد أو الاكتئاب.

ب. العلاج بالتخاطب: لمواجهة قصور النمو اللغوي والقدرة على الاتصال والتواصل.

ج. العلاج النفسي: لعلاج التأخير اللغوي، الاجتماعي، العاطفي، ضبط وتعديل السلوك والتربية الخاصة.

د. العلاج الغذائي: الحمية الخالية من الجلوتين وهو البروتين الموجود في القمح والشعير والشوفان، والكازين وهو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته، وهذا ما يهمنا . حيث إن الامتناع عنهما يؤدي إلى التقليل من سلوكيات التوحد، ويزيد مهارات التواصل الاجتماعي.

ما تأثير الحمية الغذائية الخالية من الجلوتين أو الكازين في أطفال التوحد؟

- الكازين والجلوتين هما بروتينان يتحللان إلى المركبات الأساسية للبروتينات والتي تسمى الأحماض الأمينية لدى الأصحاء، ويوجد الكازين في الحليب ومشتقاته ويوجد الجلوتين في بعض الحبوب مثل القمح والشوفان والشعير ومنتجاتها كالسميد ونشأ الحلويات والأغذية المحتوية عليها كالمعجنات والبروستد وكثير من المواد المعلبة .

هناك أغذية تحتوي على الكازين بنسبة ضئيلة مثل الزبدية فيمكن الاستعاضة عنها بالسمنة لعدم احتوائها على الكازين . المشكلة تكمن في أن الكازين والجلوتين لا يتحللان عند أطفال التوحد فتتراكم هذه المركبات الروتينية وتؤدي إلى أضرار بالجهاز العصبي واضطراب السلوك ونمو غير سليم للمخ، حيث لا يحصل على بعض الأحماض الأمينية لهذا يجب تجنب تلك الأغذية مدى الحياة.

وهناك تأثيرات أخرى مثل ضعف الاستجابة والتنفس واضطراب ضربات القلب، لهذا يحس الشخص المصاب بالتوحد بالدوار، كما يتم التأثير في مراكز الإحساس بالألم فتضعف تلك المراكز . بل إن هذه المواد قد تتراكم بشكل كبير وتؤدي إلى ما يسمى بالتسمم أو قد تتحول إلى مركبات مخدرة يدمن الشخص عليها، لهذا قد يكون لدى البعض رغبة شديدة تشبه الوحم لتناول الأغذية المحتوية على هذه البروتينات فتجد الشخص يحب الحليب أو القمح ومنتجاته.

هل هناك علامات للتحسن بعد الاستمرار على الحمية؟

تتمثل علامات التحسن في ازدياد معدل التركيز والانتباه، وانخفاض معدل السلوك العدواني، حيث يصبح أكثر هدوءاً واستقراراً، وانخفاض سلوك إيذاء الذات، وتحسن في عادات النوم، ويجب المتابعة مع اختصاصي تغذية قبل البدء بالحمية.

هل هناك أضرار من الاعتماد على نظام غذائي محدد أو مكرر النوع من الطعام؟

من المعروف على نطاق واسع أن النظام الغذائي المعتمد على تكرار تناول نوع معين أو أنواع محدودة التنوع من الطعام من دون تبديل أو تغيير هو نظام ضار بالصحة، ويمثل تحميلاً للجهاز المناعي بما لا طاقة له به . حيث يتفاعل النظام المناعي في هذه الحالة بطريقة غير صحية، ما يؤدي إلى الصداع والصداع النصفي (الشقيقة) والى التعب والإجهاد، إضافة إلى حدوث المتوعكات وانتفاخ الأمعاء الدقيقة، ومن الآثار السلبية لهذا النمط الغذائي المحدود التنوع، ظهور الصدفية، حب الشباب، وأنواع معينة من أمراض الجهاز المناعي التلقائي منها على سبيل المثال زيادة في أعراض التوحد، والروماتويد، والنوع الثاني من السكري.

ومن الجدير بالذكر أن الجهاز المناعي للأمعاء هو الأكبر والأهم في جسم الإنسان، حيث إن أكثر من ٨٠% من ردود الأفعال الدفاعية تستمد طاقتها من الأمعاء التي تؤمّن معظم الاحتياجات من الأجسام المضادة للبكتيريا والفيروسات والجراثيم المسببة للأمراض وكذلك مضادات البروتينات الغريبة الأخرى التي تحتوي عليها الأغذية التي نتناولها.

كيف تتعامل الأم مع الطفل ألتوحدي من حيث التغذية السليمه؟

إن العلاقة وثيقة جداً بين أطفال التوحد والغذاء، وذلك من جوانب عدة، فهناك عناصر غذائية يحتاجونها أكثر من غيرهم فلابد من توفيرها في غذائهم، وعناصر أخرى لابد من خلو غذائهم منها فلابد من نزعها من الغذاء أو إعطائهم بديلاً عن ذلك

الغذاء، بحيث لا يحتوي هذه العناصر، وفي كلتا الحالتين لابد من تـوفير غـذاء متوازن يحتوي على العناصر الغذائية لضمان النمو السليم للطفل، إضافة إلى أن أطفـال التوحد يحتاجون إلى عناية خاصة في طريقة تقديم الطعام لهم، بحيـث يـتم إعطـاؤهم المفيد وتجنبهم الضار ولو كان بخلاف رغبتهم مع المحافظة على استقرارهم النفسي.

يعرف العاملون في مجال التوحد أن النسبة تزداد سنة بعد أخرى، وأن أسـاس الإصابة تحدث في المخيخ وهو مركز التحكم في الجسم فتحدث كل التأثيرات والأعراض التي نشاهدها بسبب التأثير السيئ على تلك المنطقة، والغذاء من أكثر المؤثرات في هذه المنطقة.

ما البديل للحصول على مادة الكالسيوم الموجودة في الحليب؟

-الحليب المصنع من مصادر نباتية مثل حليب الويا وحليب الأرز وحليـب الإبـل واللوز، وهناك حليب خال من الكازين متوافر في الصيدليات . ويمكن الحصـول علـى الكالسيوم والحديد من مكملات الكالسيوم، ولكن الخالية من الجلوتين، أيضاً من أغذيـة أخرى غنية بهما مثل اللحوم والخضار الورقية ويمكن أن تتم إضافتهما للغذاء وإعطـاء الطفل شراباً أو حبوباً حسب العمر لتغطي احتياجاته من هذه المعادن والفيتامينات.

ما أهم النصائح التي يجب إتباعها في تغذية المصابين بالتوحد؟

كبداية تتم إزالة الحليب ومشتقاته من الوجبات الغذائية وبعد ملاحظة التحسن في حالة الطفل عن طريق المراقبة نبدأ بإزالة القمح والشعير والشوفان والجا ودار، ويجب الاستمرار في الحمية الغذائية مدى الحياة، لأن الإخلال في الحمية يؤدي إلى آثار سلبية

يجب الانتباه إلى الفترة من ١٤– ٢١ يوماً من بداية الحمية، لأنـه قـد تحـدث نكسة للطفل المصاب تتلخص في الخمول والكسل، البكاء والأنـين، التعلـق والعاطفـة المتزايدة، ازدياد مرات التبول والتبرز، الألم والتألم، كما يجـب التنبـه إلـى أن هـذه الأعراض تعد إيجابية وتعتبر دافعاً للاستمرار في الحمية.

إن الكازين يمكن إزالته من الجسم خلال أسبوعين، بينما الجلوتين يحتاج من خمسة إلى سبعة أشهر للتخلص منه نهائياً، وفي حالة الإخلال بالحمية ستكون هناك ردة فعل عكسية مرحلية تنتهي ما بين ١٢ إلى ٣٦ ساعة حسب الكمية التي تناولها الطفل من الجلوتين أو الكازين إذا تم التعرف إلى مصدرها وضبط الحمية من جديد، وردة الفعل قد تكون نشاطاً مفرطاً أو سلوكاً عدوانياً وهلوسة وأحياناً طفح جلدي.

يجب قراءة البطاقة الإعلامية على المنتج الغذائي والتأكد من عدم احتوائه على الكازين والجلوتين، هناك بعض المنتجات الغذائية التي لا توجد في قائمة محتوياتها جلوتين أوكازين، ولكن هناك مصطلحات أخرى إن وجدت في قائمة المحتويات فهي تدل على وجود حلوتين.

ما النصائح التي يجب على الأم إتباعها لطفل التوحد؟

١. الابتعاد عن تناول القهوة والمشروبات الكربونية.
٢. الابتعاد عن تناول الشوكولاته والحلويات.
٣. استبعاد الدقيق لأنه يحتوي على الحلوتين الذي قد يسبب حساسية لدى بعض المرضى.
٤. الابتعاد عن تناول الأغذية المحمرة والغنية بالدهون المشبعة.
٥. الابتعاد عن تناول اللحوم المملحة والحمراء.
٦. وتناول لحم الديك الرومي المنزوع الجلد وصدور الدجاج.
٧. تعويض البروتين الموجود في الحليب من نبات فول الويا لأخذ البروتين اللازم لتجنب الإصابة بحساسة الكازين تناول غذاء .
٨. بالألياف يتكون من ٥٠% إلى ٧٥%من الأطعمة النية.
٩. تناول الكثير من الخضار والفواكه الطازجة مع مراعاة عدم عصر الفواكه.
١٠. استبدال الشيبسي بالفستق والمكسرات.
١١. تناول الأرز البني المقشور بدلاً من الأبيض.

الفصل الخامس

فعالية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي

يعدّ التوحّد (Autism) مـن أكثـر الإعاقـات النمائيـة (Developmental Disabilities)غموضا لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية على وجه التحديد من ناحية، وكذلك شدة غرابة أنماط سلوكه غير التكيفي من ناحية أخرى. فهو حالة تتميز بمجموعة أعراض يغلب عليها انشغال الطفل بذاته وانسحابه الشديد، إضافة إلى عجز مهاراته الاجتماعية، وقصور تواصله اللفظي وغير اللفظي، الذي يحول بينه وبين التفاعل الاجتماعي البناء مع المحيطين به

ويشير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM- IV,١٩٩٤)Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية (American Psychiatric Association) أن اضطراب التوحّد يتضمن ثلاث خصائص أساسية هي: القصور في التواصل الاجتماعي، والقصور في اللغة والمحادثة، ووجود أنماط متكررة وثابتة من السلوك

فالتوحّد في ظل تلك الخصائص يشكل إزعاجا لكل المحيطين بالطفل، وتنعكس أثاره بصورة مباشرة على الطفل مما يؤثر بالتالي على تواصله العام، واكتسابه للغة، والأنماط السلوكية، والقيم والاتجاهات، وأسلوب التعبير عن المشاعر والأحاسيس، إضافة إلى أن الطفل التوحّدي يظهر أنماطا سلوكية قليلة جدا بالمقارنة مع الأطفال الذين لديهم تقبل اجتماعي جيد ، كما أنه يعاني من أنماط سلوكية شاذة غير مقبولة اجتماعيا كعدم النضج الاجتماعي والعدوان، والإثارة الذاتية

وتعدّ اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحّدي من الاضطرابات المركزية والأساسية التي تؤثر سلبا على مظاهر نموه الطبيعي والتفاعل الاجتماعي وتشمل

اضطرابات اللغة والتواصل لدى أطفال التوحّد كلا من التواصل اللفظي وغير اللفظي، فقد أشارت دراسات كثيرة إلى أن (٥٠%) من أطفال التوحّد لا يملكون القدرة على الكلام، ولا يطورون مهاراتهم اللغوية، إلاّ أنهم لا يعوضونها باستخدام أساليب التواصل غير اللفظي كالإيماءات أو المحاكاة. كما أنهم يعجزون حتى عن استخدام التواصل البصري.

وقد ناقش عدد من الباحثين المشكلات الأساسية في التواصل على أنها تمثل العجز الأساسي في التوحّد، في حين تمثل المشكلات السلوكية العناصر الثانوية لهذه الحالة. فقد قام لورد وهوبكنز بتحليل وظائف التواصل للسلوك غير المقبول لدى أطفال التوحّد، وتوصلا إلى أن بعض أنماط السلوك التي يمارسونها كإيذاء الذات والبكاء والصراخ المستمر ماهي إلا سلوكيات ناتجة عن الصعوبات التي يواجهونها في التواصل مع الآخرين.فغالبا ما يبدو الطفل التوحدي أنه غير قادر على فهم قيمة التواصل، وهو لا يستطيع فهم التعبيرات التواصلية. فكثيرا ما يظهر أنه غير متعاون وغير قابل للاستجابة فينتج عنه سلوكيات سلبية . وفي هذا الصدد، يشير سيجل إلى أن اضطرابات التواصل التي يعاني منها الطفل التوحّدي قد ينتج عنها مجموعة من أنماط السلوك غير المقبولة كموجات الغضب المستمر.

وللتغلب على صعوبات التواصل التي يعاني منها أطفال التوحّد، فإن عملية التدخل المبكر قد تكون ضرورية جدا للعمل على تطوير قدرة هؤلاء الأطفال على التواصل بشكل تلقائي. فقد أثبتت دراسة هادوينوآخرون على أن البدء في تدريب أطفال التوحّد الصغار الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٤_٩) سنوات له تأثير واضح على تعلّم هؤلاء الأطفال التواصل مع الآخرين وذلك بتدريبهم على كيفية التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم بأكثر من طريقة. ويتم ذلك من خلال توفير البيئة المناسبة ليتعلم فيها الطفل مهارات التواصل البصري، والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه ، والإيماءات الجسدية، أو نبرة الصوت بصورة طبيعية

لذا فإن محاولات التدخل بالبرامج العلاجية بتنفيذ أساليب تدريبية أو تعليمية لمهارات هؤلاء الأطفال تعدّ وسيلة إمداد لهم بحصيلة لغوية جديدة تساعدهم في تعلم أشكال بديلة للتواصل، كما تساعدهم على تعلم بعض أنماط السلوك والمهارات الاجتماعية التي تعمل على خفض الاضطرابات السلوكية واللغوية الموجودة لديهم .

ولهذا فقد تكون هذه الدراسة محاولة لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي الضرورية لاكتساب الطفل مهارات التواصل اللغوي في مراحل متقدمة، ولاسيما أنها تهتم بتطوير تلك المهارات في مرحلة ما قبل المدرسة، بالشكل الذي يؤثر أيضا على تحسين بعض أنماط السلوك الاجتماعي المناسب، وخفض معدل أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسب، والتي كثيرا ما أشار الباحثون إلى دورها في تخفيف أعراض اضطراب التوحّد.

مصطلحات الدراسة:

الأطفال التوحّديون:

وهم مجموعة الأطفال الذين شخصوا على أنهم يعانون من اضطراب التوحّد، على أحد المقاييس المستخدمة في تشخيص التوحّد في مراكز التوحّد بمدينة الرياض التي تم تكييف إجراءات الدراسة فيها سواء لعينة الصدق والثبات أو لأفراد الدراسة الحالية، وهذه المقاييس والقوائم هي: مقياس فينلاند للسلوك التكيفي، مقياس هيلب، قوائم تقدير السلوك للطفل التوحدي المعربة.

وهم الأطفال الذين يظهرون عجزا واضحا في مهارات التواصل غير اللفظي والتي حددت بالانتباه المشترك، التواصل البصري، التقليد، الاستماع والفهم، والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، وتمييز وفهم تعبيرات الوجه ونبرات الصوت الدالة عليها، كما تقيسها قائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي المعدة في الدراسة الحالية.

مهارات التواصل غير اللفظي:

وهي مجموعة المهارات التي يستخدمها الطفل في التعبير عن احتياجاته ورغباته دون استخدام اللغة، والمتمثلة في: الانتباه المشترك، والتواصل البصري، والتقليد، والاستماع والفهم، والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، وفهم تعبيرات الوجه وتمييزها ونبرات الصوت الدالة عليها.

الانتباه المشترك:

هو قدرة الطفل على التعامل مع المثير البصري المقدم له من المعلمة، عن طريق توزيع النظر بين المثير وبين المعلمة أثناء أداء النشاط المشترك، في فترة زمنية أقصاها (٥) دقائق.

التواصل البصري:

قدرة الطفل على النظر للمعلمة أو للمثير المقدم بشكل مستمر في فترة زمنية أقلها (٣) ثواني، سواء كان المثير ثابتا أم متحركا.

التقليد:

ويعرف على أنه قدرة الطفل على تقليد حركات النموذج أمامه تقليدا آليا، سواء في طريقة أداء النشاط المعروض، أو تقليد بعض الحركات الجسدية (كاليدين، والقدمين).

الاستماع والفهم:

ويشير الاستماع إلى قدرة الطفل على الانتباه للمثيرات الصوتية والاستجابة لها، أما الفهم فيشير إلى قدرة الطفل على تنفيذ الأوامر البسيطة المقدمة له ضمن النشاط (ارفع، لون، ضع) والتي تعكس مدى فهمه لما هو مطلوب منه.

الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه:

هي قدرة الطفل على مد الإصبع للإشارة إلى ما يريد سواء كان مثيرا في البيئة المحيطة به، أو صورة من صور لوحة الاختيار للتعبير عن حاجاته ورغباته.

فهم تعبيرات الوجه وتمييزها ونبرات الصوت الدالة عليها:

قدرة الطفل على فهم الحالات العاطفية البسيطة الإيجابية والسلبية (الفرح، الغضب) بتعبيرات وجه المعلمة ونبرات الصوت الدالة عليها وتمييزها بالصورة الدالة عليها، عن طريق استخراجها من (٤) صور معبرة عن حالات عاطفية.

السلوك الاجتماعي:

ويشير إلى السلوكيات الاجتماعية المناسبة وغير المناسبة لدى الأطفال التوحّديين، كما تقيسها قائمة تقدير السلوك الاجتماعي المعدة في الدراسة الحالية.

مشكلة الدراسة

ينظر إلى اضطراب التوحد بأنه إعاقة نمائية تتحدد بثلاثة مظاهر أساسية تتمثل في صعوبات التواصل، والمشكلات السلوكية، والصعوبات الاجتماعية. وقد ظهرت أهم الخصائص التواصلية لأطفال التوحد في غياب مهارات التواصل غير اللفظي أو ما تعرف بمهارات التواصل الاجتماعي (كالانتباه المشترك، التواصل البصري، التقليد، الاستماع والفهم، الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، وفهم تعبيرات الوجه وتمييزها ونبرات الصوت الدالة عليها)، والتي تؤثر بشكل مباشر على تفاعلهم وعلاقتهم الاجتماعية مع الآخرين، وهذا يفسر ظهور العديد من الأنماط السلوكية الاجتماعية غير المقبولة الشائعة لديهم والتي يلجأون إليها لعدم قدرتهم على التواصل مع الآخرين والتعبير عن احتياجاتهم باستخدام طرق وأساليب تواصل بديلة. لذا هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحّديين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي، من خلال خفض معدل ظهور السلوكيات الاجتماعية غير المقبولة (كإيذاء الذات، والعدوان، ونوبات الغضب)، كذلك من خلال رفع معدل ظهور السلوكيات الاجتماعية المقبولة (كالمبادرة، تبادل الدور، اتباع القواعد والقوانين).

وبالتحديد حاولت هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية:

١. ما مدى فعالية البرنامج المقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي (الانتباه المشترك، والتواصل البصري، والتقليد، والاستماع والفهم، والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، وفهم تعبيرات الوجه وتمييزها ونبرات الصوت الدالة عليها) لدى أطفال التوحّد محدودي اللغة في المرحلة العمرية (٤-٦) سنوات؟
٢. ما أثر استخدام أطفال التوحّد محدودي اللغة في المرحلة العمرية (٤-٦) سنوات لمهارات التواصل غير اللفظي على سلوكهم الاجتماعي؟

هدف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى:

١. اختبار فعالية برنامج لتطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال التوحّديين بمدينة الرياض، وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي.
٢. توفير قوائم لتقدير مهارات التواصل غير اللفظي، وقوائم لتقدير السلوك الاجتماعي لدى أطفال التوحد، وذلك لمعرفة أثر البرنامج على كل منهما.

أهمية الدراسة:

١- تعد هذه الدراسة إثراء للأطر النظرية المتعلقة بأهمية التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة.
٢- تمثل هذه الدراسة إضافة إلى التراث التربوي المتعلق بالنواحي اللغوية والتواصلية على وجه العموم، ولدى أطفال التوحّد على وجه الخصوص.
٣- تعد هذه الدراسة إثراء للأطر النظرية المتعلقة بأهمية التواصل والدور الذي يلعبه في النواحي الاجتماعية.

حدود الدراسة ومحدداتها:-

اقتصرت الدراسة الحالية على جميع الأطفال التوحّديين الملتحقين بمدارس المئوية ومركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد، وأكاديمية التربية الخاصة، والأكاديمية العربية للتربية الخاصة، والذين تراوحت أعمارهم ما بين (٤-٦) سنوات، كما تحددت بقوائم التقدير لمهارات التواصل غير اللفظي والسلوك الاجتماعي للأطفال التوحّديين، وبالبرنامج التدريبي المقترح لهذه الدراسة. وتمثلت محددات الدراسة في صعوبة تكافؤ أفراد الدراسة في المجموعة التجريبية وفي المجموعة الضابطة، وكذلك صعوبة اختيارهم عشوائيا، ويعود السبب إلى اختلاف نوعية الخدمات والبرامج المقدمة للأطفال التوحّديين في مراكز التربية الخاصة بمدينة الرياض.

الإطار النظري:

أشار كانر إلى أن التوحّد هو عبارة عن بعض أنماط السلوك المتمثلة في عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، وتأخر في اكتساب الكلام، وعجز في التواصل، والمصاداة، واللعب النمطي، وضعف التحليل، والحفاظ على النمطية . وبعد سنوات من البحث أتضح أن هناك عدة أنواع من التوحّد، أدت إلى تسمية التوحد بـــ "اضطراب طيف التوحد" (Autistic Spectrum Disorder)إشارة إلى النطاق الواسع في درجاته وشدته ومظهر الأشخاص المصابين به". حيث ينظر إلى التوحد في الوقت الحاضر على أنه من الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders) التي تظهر في سن ما دون الثالثة، وقد تم تحديد خمسة أنواع من اضطراب طيف التوحد، وهي:

١- متلازمة اسبيرجرAsperger Syndrome: وهو اضطراب شبيه بالتوحد البسيط وغالبا ما يظهر مصحوبا بتأخر ملحوظ في المعرفة واللغة.
٢- اضطراب ريتDisorderRett: وهو اضطراب يحدث في مراحل التطور الطبيعي من خمس شهور إلى أربع سنوات مصحوبا بإعاقة عقلية.
٣- اضطراب الطفولة التفككيChildhood Disintegrative Disorder: وهو تطور طبيعي على الأقل من سنتين وحتى عشر سنوات متبوعا بفقدان ملحوظ للمهارات.
٤- الاضطراب النمائي العام غير المحدد Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified : وهو تأخر عام في النمو غير موجود في أي معيار تشخيصي.
٥- اضطراب التوحد Autistic Disorder: وهو إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي والتواصل، كما يمتاز بأنماط سلوكية نمطية وتكرارية محددة ويعرف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين (IndIvidual With Disabilities Education Act) التوحّد على أنه " إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي

وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي. وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر ويؤثر سلبيا على أداء الطفل التربوي

وهناك العديد من المظاهر والخصائص التي تميز أطفال التوحّد عن غيرهم من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وهي عدم قدرة الطفل التوحّدي على التفكير الواقعي الذي تحكمه الظروف الاجتماعية المحيطة به، إذ إن إدراكه يكون محصورا في حدود رغباته وحاجاته الشخصية، لأن كل ما يلفت انتباهه هو الانشغال الزائد بتخيلاته من دون اكتراث أو مبالاة بالآخرين، وقد يثور إذا حاول أي شخص أن يقطع عليه عزلته أو يغير وضعه. فهو يعاني من قصور حسي حيث يبدو وكأن حواسه قد أصبحت عاجزه عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي، فقد يستجيب للمثيرات الحسية بطريقة غريبة وشاذة، أو قد لا يستجيب لها.

ويعيش الطفل التوحدي في عزلة عاطفية تظهر في عدم تجاوبه مع والديه عندما يحاولان حمله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته، إذ لا يجدان منه اهتماما بحضورهما أو غيابهما عنه وفي كثير من الأحيان يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما. ولعل من أهم ما يميز الطفل التوحدي اندماجه الطويل في سلوك نمطي متكرر فقد يستمر لفترات طويلة بأداء حركات معينة متكررة ونمطية مثل هز رجليه أو رأسه أو جسمه، أو الدوران حول نفسه، وقد يتملكه الغضب عند إحداث أي تغيير في سلوكه الروتيني اليومي، وقد يدفعه ذلك إلى البكاء وإلى السلوك العدواني.

كما يعاني الطفل التوحدي من قصور في أداء العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أن يقوم بها الأطفال العاديون ممن هم في مستوى عمره الزمني ومستواه الاجتماعي والاقتصادي، ففي المرحلة العمرية ما بين (٥-١٠) سنوات، قد لا يستطيع هذا الطفل أن يقوم برعاية نفسه أو حمايتها، فهو لا يشعر ولا يتفهم الخطر الذي قد يتعرض له.

ومن الناحية التواصلية يعاني الأطفال التوحّديون من جملـــة مـــن الصــــعوبات اللغوية تبدو آثارها واضحة في عدم القدرة على التواصل بأشكال ومستويات تتفاوت من حالة لأخرى، وذلك عبر المراحل العمرية المختلفة. فالتواصل عند أطفال التوحّد يختلف عن التواصل لدى الأطفال العاديين، وخصوصا في السنة الثانية من العمـــر. فالأطفـــال التوحّديون منهم من لا يستطيع الحديث، ومنهم من يتأخر في تطوير تلك المهارة، وهذا يشير إلى أن اضطراب التوحّد يؤثر على كل أنماط السلوك التواصلية للطفل منذ المراحل الأولى .

فعادة ما يظهرون نمطا مضطربا من تطور الاتصال يتضمن خللا في اســـتخدام الأشكال غير اللفظية للتواصل وفهمها . حيث لا يفهمون أساليب التواصل غير المباشر كلغة الجسد، ونغمة الصوت وتعبيرات الوجه، وقد يرجع ذلك لأنهم يجدون صعوبة فـــي تفسير الرسائل غير اللفظية. كما أنهم يظهرون بأنهم أقل استخداما للتواصل البصـــري، وبإظهار الأشياء أو الدلالة عليها، وفي توزيع انتباههم بين الأشخاص والمثيرات التـــي يتعاملون معها.

كما أنهم يخفقون في إظهار الكثير من مهارات التقليد الاجتماعي ولا يلوحون بأيديهم للآخرين عند مغادرتهم، كما أنهم أقل رغبة في تقليد أو إتباع أنشـــطة الأطفـــال الآخرين، كما تنقصهم الإيماءات، والإشارة إلى ما يرغبون. فهم يميلون في الحصـــول على احتياجاتهم إلى استخدام أسلوب القيادة بمسك رسغ يد الشخص البالغ وتوجيهه إلى ما يريدون، ولا يستخدمون مد إصبع السبابة، واستخدام إيماءة مرافقة للحركة .

أما من الناحية الاجتماعية فإن أطفال التوحـــد لا يطـــورن أنـــواع العلاقـــات الاجتماعية وفقا لعمرهم الزمني، إذ يظهر القصور الاجتماعي لديهم في صعوبة استخدام العديد من أنماط السلوك غير اللفظية كالتواصل البصري والتقليد، واستخدام الإيمـــاءات وتعبيرات الوجه المستخدمة في تنظيم الأشكال المختلفة مـــن التفـــاعلات الاجتماعيـــة والتواصلية، وإضافة إلى ذلك فهم يعانون من صعوبات في تكوين الأصدقاء، أو إقامة

علاقات اجتماعية ناجحة والمحافظة عليها، وفي المبادرة، وتبادل الدور، والاندماج الفعال مع أقرانهم.

إن أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسب تظهر عادة عند أطفال التوحّد بشكل ملحوظ قبل سن الخامسة، إذ يصبحون أقل انخراطا في الأنشطة المتكررة، ويظهرون عدم مبالاة بالآخرين، وإذا أظهروا رغبة في الانضمام للحياة لاجتماعية فإنهم يستخدمون طرقا غير فعالة وغير ملائمة للتواصل مع الآخرين. وبعد سن الخامسة تتمثل أهم المشكلات لدى الأطفال التوحّديين في عدم مشاركتهم اللعب الجماعي التعاوني مع الأطفال الآخرين، وفي الإخفاق في إقامة علاقات اجتماعية، وكذلك الإخفاق في فهم المشاعر العاطفية للآخرين واستجابتهم لها وإدراكها

فقد حاول كين أن يفسر مشكلة أنماط السلوك التي يظهرها الأطفال التوحّديون، في أن تكون شكلا من الاحتجاج أو الإخفاق في التعبير عن الاحتياجات والرغبات، حيث يظهر الأطفال التوحّديون سلوك إيذاء الذات أو العدوان لتوصيل رسالة معينة، وقد برهنت هذه الأنماط من السلوك فعاليتها في تلبية احتياجاتهم. فالعديد من المشكلات السلوكية التي يعاني منها أطفال التوحد ومن ضمنها التخريب، والانسحاب الاجتماعي، والنشاط الحركي المفرط، والعدوانية ما هي إلا مشكلات ثانوية في السلوك نتيجة ما يعانيه هؤلاء الأطفال من اضطرابات في التواصل. وبهذا يمكننا القول أن السلوك التواصلي والاجتماعي المنحرف والمترافق مع التوحّد، فإنه غالبا ما يكون ناتجا عن اضطرابات في تطور اللغة لديهم

الدراسات السابقة:

اهتمت معظم الدراسات السابقة بالمنهج التجريبي في دراسة النواحي اللغوية والتواصلية وأثر تطورها في السلوك والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحّديين، والتي احتوت على برامج تدريبية وإرشادية وسلوكية مكثفة لتطوير مهاراتهم التواصلية ضمن الأنشطة المدرسية، وأنشطة الحياة اليومية.

حيث ظهر العديد من الدراسات التي استهدفت تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد من خلال تصميم برامج تدريبية تستخدم استراتيجيات تعديل السلوك في تدريبهم، كدراسة ميرندا وزملاؤه والتي استعرضوا فيها نتائج بعض الدراسات التي بحثت بسمات التحديق بالعين وبالوجه لدى الأطفال والبالغين العاديين، ومقارنة نتائج تلك الدراسات بنتائج الدراسة التي قاموا بها والتي هدفت إلى حساب تكرار ومدة التحديق بالعين والوجه التي يظهرها أطفال التوحّد. فقد تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال عاديين تراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٢) سنة، و(٤) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٥) سنة، حيث تم وضع أفراد عينة الدراسة مع شخص بالغ بهدف اشتراكهم معه بحوارات كلامية ومحادثات فردية.

وأشارت الدراسة إلى وجود فروق بين الأطفال والبالغين العاديين والأطفال والبالغين التوحّديين في التحديق بالعين والوجه، فقد أظهر الأطفال والبالغون العاديون انخراطا بسلوك التحديق بالعين لفترات طويلة ومتكررة في أثناء الحوارات الكلامية مقارنة بالأطفال والبالغين التوحّديين، في حين أظهر الأطفال والبالغون التوحّديون انخراطا في سلوك التحديق بالعين لفترات طويلة ومتكررة في أثناء الأحاديث الفردية مقارنة بالأطفال والبالغين العاديين.

وقام ستون وزملاؤه بدراسة هدفت التعرف إلى أشكال التواصل غير اللفظي التي يستخدمها الأطفال التوحّديون الصغار (كالتحديق بالعين، والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، والحركات الإيمائية). وتكونت عينة الدراسة من (١٤) طفلا مصابا بالتوحّد و(١٤) طفلا مصابا بإعاقة نمائية تراوحت أعمارهم ما بين (٢-٣,٥) سنوات، وتجانست المجموعتان في العمر الزمني، والجنس، وقصور الجوانب اللغوية، والمفردات التعبيرية. وقد تم قياس أشكال التواصل غير اللفظي عند عينة الدراسة بتصميم قائمة مكونة من (١٦) عبارة تصف أنماط السلوك غير اللفظي لديهم، والتي

تضمنت مستويين الأول يهتم بسلوك قدرة الطفل على الطلب والثاني يهتم بقدرة الطفل على التعليق على مواقف معينة. وأسفرت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحّديون أحرزوا درجات منخفضة في الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، وفي التحديق بالعين ، والحركات الإيمائية مقارنة بالأطفال المصابين بإعاقات نمائية أخرى، في حين أحرزوا درجات مرتفعة بسلوك مسك يد الشخص لما يريدونه مقارنة بالأطفال المصابين بإعاقات نمائية أخرى.

أما بافنجتون قام بدراسة هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل التي تعتمد على الإيماءات والإشارات إضافة إلى التواصل الشفهي، باستخدام بعض استراتيجيات تعديل السلوك كالنمذجة والتلقين والتعزيز. وقد تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم ما بين (٤-٦) سنوات، وقد تم تدريبهم على مهارات التواصل بالترتيب (استخدام الإيماءات، فالإشارات، فالتواصل الشفهي)، وذلك بثلاثة أنواع من الاستجابات المتمثلة في: توجيه الانتباه، والسلوك الوجداني، والسلوك الوصفي. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج حيث اكتسب الأطفال التوحّديون أفراد عينة الدراسة مهارات التواصل المطلوبة.

في حين قدم ليبست وآخرون دراسة هدفت إلى معرفة طبيعة الكلام والصوت وضعف الاستماع الانتقائي لدى عينة من (٩) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم ما بين (٥-٨) سنوات، والذين يظهرون بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسبة وقصور عام في الانتباه واللغة المنطوقة. واستخدمت الدراسة مجموعة حوادث متعلقة بالجهد العقلي لفحص حساسية وتقدم الانتباه المبكر لأطفال التوحّد للأصوات، وكذلك فحص تقليدهم لنغمات سمعية بسيطة ونغمات سمعية معقدة، فقد تم عرض مجموعة من الأصوات المتتالية والمتكررة بدءا بالنغمات البسيطة فالمعقدة على عينة الدراسة، حيث طلب منهم تمييز التغيرات الطارئة في الصوت ومحاولة تقليدها لفظيا، وذلك بفهمهم للأوامر وتنفيذها. إلا أن الدراسة أشارت إلى عجز أطفال التوحّد في تمييز نغمات

الصوت وما حدث لها من تغيير وقد أرجع الباحثون هذا العجز إلى القصور في مهارة الانتباه والاستماع لديهم وإلى عجزهم عن فهم الأوامر.

وقد بحثت مجموعة من الدراسات السابقة أثر البرامج التدريبية التواصلية لأطفال التوحد على سلوكهم الاجتماعي كالدراسة التي قام بها جيني (Janney, ١٩٨٩) على طفلة توحدية بلغ عمرها (٥) سنوات تعاني من بعض أنماط السلوك غير المناسبة اجتماعيا كالسلوك العدواني ونوبات الغضب، حيث تم بناء برنامج تدريبي تم تصميمه ليتناسب وحاجات تلك الطفلة بغرض تدريبها على بعض مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية والتي تمثلت في: التحديق بالعين، الانتباه، الاستماع والفهم. وقد تم التركيز في البرنامج على اشتراك الطفلة مع أقرانها في المهمات المختلفة والتفاعلات الاجتماعية في إطار الأنشطة الاجتماعية التي تناسب عمرها. وقد توصلت الباحثة في دراستها إلى فعالية البرنامج التدريبي في زيادة التفاعلات الاجتماعية بين الطفلة وأقرانها، وحدوث تحسن في أنماط سلوكها الاجتماعي المناسب، إضافة إلى حدوث نقص في السلوك العدواني.

كما أجرى كريدون دراسة هدفت إلى تدريب مجموعة من الأطفال ممن يعانون من اضطراب التوحّد على برنامج للتواصل وذلك بغرض تنمية بعض مهاراتهم الاجتماعية (التحديق بالعين، والتقليد، والتعاون، والمشاركة)، والتخلص من بعض أنماط السلوك غير المناسب كإيذاء الذات. وتكونت عينة الدراسة من (٢١) طفلا من أطفال التوحّد تراوحت أعمارهم ما بين (٤-٩) سنوات. وقد استخدمت الباحثة في برنامجها التدريبي المتضمن أنشطة متنوعة: حركية، وفنية، واجتماعية، على بعض تقنيات العلاج السلوكي المتمثلة في التعزيز المادي واللفظي، والاقتصاد المادي، والتقبل الاجتماعي. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى ظهور تحسن في النشاط الاجتماعي لأطفال التوحّد، وفي مهاراتهم الاجتماعية كمهارة المساعدة، كما أظهروا انخفاضا واضحا في سلوك إيذاء الذات.

وفي العام نفسه قام كل من كوجل وفرياباختبار فعالية برنامج علاجي في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي غير اللفظي لدى طفلين توحديين أحدهما "أنـــدري" ويبلـــغ (٣) سنوات من العمر، ويعاني من أشكال السلوك النمطي وحدة الصوت والتعبيرات غير الملائمة في الوجه، والثاني "تشيرز" وعمره (٦) سنوات ويظهر أنمـــاط ســـلوك عـــدم التواصل بالعين، وأشكال سلوك نمطي. وقد ركز الباحثان في دراستهما على متغيـــرات التواصل الاجتماعي المتمثلة في تعبيرات الوجه، ونظرات العيـــون، وشـــدة الصـــوت، واستمرارية الحديث، وبعض الطرق المصاحبة للسلوك كالترديد وتنفيذ حركات أطـــراف الجسم بطريقة معينة، وتم تنفيذ البرنامج في مواقف تواصـــلية طبيعيـــة فـــي المطعـــم والحديقة. وقد أظهرت الدراسة حدوث تحسن واضح في أنمـــاط الســـلوك المســـتهدفة، وتغيرات إيجابية في أنماط السلوك التي لم تستهدف، فقد أظهر الطفلان تحسنا ملحوظـــا في التفاعل مع الأقران والاندماج الاجتماعي.

وقام اسكوتلاند بدراسة هدفت إلى معرفة أثر برامج التدخل المبكر في تحسين مهارات التواصل في مرحلة ما قبل اللغة وخفض بعض أنماط السلوك الاجتماعي غيـــر المناسبة كالإثارة الذاتية لدى عينة من أطفال التوحّد غير الناطقين، الذين بلـــغ عـــددهم (٨٧) طفلا ممن هم أقل من (١٠) سنوات، وذلك عن طريق استخدام أسلوب التقيـــيم، والتركيب، والتدخل المبكر، والتدخل المكثف. وقد تم بناء أداة لتقيـــيم التحســـن الـــذي يحرزه الأطفال في قدرتهم على التواصل بمتابعة أدائهم على أنشـــطة البرنـــامج التـــي تضمنت مواقف الحياة اليومية للتواصل، كالتواصـــل الجســـدي، والتعـــاون، واللعـــب، والاستماع، والاستيعاب اللفظي. وقد أسفرت النتائج عن أهمية التدخل المبكر في تطوير مهارات التواصل ما قبل اللغة، إضافة إلى تحسن قدرة الأطفال على التواصـــل بأنشـــطة الحياة اليومية.

وقام ايسكالوناوفيلدونودلولاندي بإجراء دراسة هدفت إلى معرفة تأثيرات التقليد على السلوك الاجتماعي لأطفال التوحّد. وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلا توحديا من بينهم (١٢) ذكر و(٨) إناث تراوحت أعمارهم ما بين (٣-٧) سنوات، تم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين متجانستين في العمر والجنس، وتكونت المجموعة الأولى من (١٠) أطفال يقومون بدور التقليد، أما المجموعة الثانية فتكونت من (١٠) أطفال كمجموعة تفاعل. وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج التدريبي في تطوير مهارة التقليد لدى الأطفال التوحّديين، حيث أظهروا أن التقليد يعدّ طريقة فعالة لتسهيل القيام ببعض أنماط السلوك الاجتماعي كالاقتراب من الأشخاص الآخرين، ومحاولة لمسهم، والنظر إليهم، والتحرك اتجاههم.

أما الغامدي (٢٠٠٣) فقد قامت بإجراء دراسة على (١٠) أطفال توحديين بمدينة الرياض تراوحت أعمارهم ما بين (٤.٣-٩) سنوات، تم توزيعهم على مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة متكافئتين في العمر والذكاء غير اللفظي ودرجة التوحّد ودرجة العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي. وهدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مظاهر العجز في مهارات التواصل اللغوي (الانتباه الاجتماعي، والتقليد، والتحديق بالعين، واستخدام الإيماءات، الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، والاختيار بين عدة مثيرات، وغيرها)، وكذلك الكشف عن مظاهر العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي (التفاعل المتبادل، والتنظيمات الاجتماعية، والمحاكاة الحركية، والوقت)، وذلك عن طريق استخدام بعض فنيات العلاج السلوكي والتي تمثلت في: التعزيز الإيجابي، النمذجة ، أداء الدور، التشكيل، التلقين.وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا في متوسطات رتب درجات أطفال التوحّد أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مظاهر العجز في التواصل اللغوي وفي التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحّد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي. كما توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس

مظاهر العجز في التواصل اللغوي وفي التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحّد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

كما قام جوهانستون وكاثرين وجوني بدراسة استخدموا فيها استراتيجية تدخل مبكر لتعليم أطفال التوحّد في مرحلة ما قبل المدرسة على استخدام نظام تواصل بصري (كالرموز، والصور، والرسوم التخطيطية، والرسوم البيانية). وقد هدفت الدراسة إلى معرفة مدى أثر استخدام نظام التواصل البصري في قدرة أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (٣) أطفال الذين تراوحت أعمارهم ما بين (٣.٤-٣.٥)، على التفاعل الاجتماعي، ومدى تأثيره على سلوك إنجازهم للمهمات المطلوبة منهم، وعلى استخدامهم للغة لفظية مفهومة من الآخرين. وتوصلت الدراسة إلى فعالية استخدام نظام التواصل البصري في تنمية قدرة أطفال التوحّد عينة الدراسة على التفاعل الاجتماعي، وعلى إنجازهم للمهمات المطلوبة منهم، وتنمية لغة لفظية عن طريق ربط الصورة بدلالتها اللغوية.

كما بحثت مجموعة أخرى من الدراسات السابقة أيضا أثر برامج العلاج السلوكي (استراتيجيات تعديل السلوك) على أنماط السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد، فقد قامت سهام عليوه (١٩٩٩) بدراسة هدفت إلى اختبار إمكانية التدخل السيكولوجي لدى عينة من الأطفال التوحّديين باستخدام استراتيجية علاجية تعتمد على الطفل ذاته ويستخدم فيها برنامج تنمية المهارات الاجتماعية، واستراتيجية أخرى علاجية تعتمد على الأسرة باستخدام برنامج إرشادي لهم للتخلص من انعزاليتهم ومساعدة أطفالهم التوحّديين في زيادة تفاعلهم مع الآخرين بهدف تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحّد. وتكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلا من بينهم (١١) ذكرا و(٥) إناث تراوحت أعمارهم ما بين (٣.٤-١٤) سنة، وقد تم إعداد برنامج لتدريب الأطفال التوحّديين، أفراد عينة الدراسة على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، والسلوك الاستقلالي، والمشكلات السلوكية، كما قامت ببناء برنامج إرشادي آخر لتدريب

أسر هؤلاء الأطفال على كيفية التعامل معهم لتطوير مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، ورعاية الذات، والتحكم بالمشكلات السلوكية. وقد استغرق تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية عاما دراسيا كاملا، استخدمت الباحثة خلالها فنيات التعزيز، والنمذجة، والتعلم الطارئ، وأداء الدور، والتغذية الراجعة. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير جوهري دال إحصائيا لبرنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري في تخفيف أعراض التوحّد لدى أفراد عينة الدراسة. فقد زادت علاقة الأطفال بالآخرين، وأصبحوا قادرين إلى حد ما على إيجاد شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي، كما زادت قدرتهم على التقليد، وعلى استخدام الألعاب.

كما تم القيام بدراسة تجريبية هدفت إلى تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي لـ (١٦) طفلا توحديا تراوحت أعمارهم ما بين (٣-٧) سنوات، وذلك من خلال المساهمة في تطوير صورة عربية لبعض مقاييس السلوك الاجتماعي للأطفال التوحّديين، وتوظيف قدرات الطفل التوحّدي لتعليمه وتدريبه على اكتساب السلوك الاجتماعي المناسب، وإضعاف السلوك السلبي بأنشطة ومواقف البرنامج، إضافة إلى تدريبهم على اكتساب مهارات التواصل بالعين، والتقليد، والمبادأة، واتباع الأوامر والتعليمات، والاتصال. واتبعت الباحثة في تنفيذ البرنامج بعض الاستراتيجيات: كأسلوب التعلم الفردي، وأسلوب تحليل المهارة، وأسلوب التعلم المبني على تعديل السلوك بالتعزيز الإيجابي والسلبي، وذلك ضمن مهارات الحياة اليومية. وأسفرت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي في مجالات الدراسة الثلاثة: السلوك التوحّدي، السلوك اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، وذلك في القياس القبلي والبعدي.

أما دراسة أميرة بخش (٢٠٠٢) فقد هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج سلوكي تدريبي على عينة من الأطفال التوحّديين لتنمية مهارات تفاعلهم الاجتماعي وخفض سلوكهم العدواني. وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٤) طفلا من الملتحقين بمركز أمل للإنماء الفكري بجدة، وتراوحت أعمارهم ما بين (٧-١٤) سنة، وتراوحت نسب ذكائهم ما بين (٥٥-٦٨) درجة على مقياس جوادر للذكاء، وقد قامت الباحثة بتقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين متكافئتين في العمر الزمني، ودرجة السلوك العدواني، إحداهما تجريبية والثانية ضابطة تتضمن كل منهما (١٢) طفلا. وتوصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج في خفض السلوك العدواني لدى عينة الدراسة، حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك العدواني، ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للسلوك العدواني وأبعاده.

تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات السابقة التي ارتبطت بمتغيرات الدراسة، اتضح للباحثة اهتمام بعض الدراسات بأهمية برامج التدخل المبكر في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة على اعتبار أنها مهارات أساسية للتواصل اللفظي لديهم في المراحل المتعاقبة، والتي أثبتت فعاليتها. حيث أخذت تلك البرامج منحى المنهج التجريبي القائم على الضبط التجريبي للمتغيرات، وكذلك التصميم التجريبي القائم على الضبط التجريبي وتوزيع العينات إلى مجموعات تجريبية وضابطة لاختبار فعالية البرامج كمتغير مستقل في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي أو تغيير السلوك الاجتماعي لدى أطفال التوحد، أو اختبار فعالية البرامج التواصلية على السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد كمتغير تابع. فقد اهتمت معظم الدراسات بتصميم برامج تدريبية لتدريب أطفال التوحد، مستخدمة المنحى السلوكي في العلاج، وكانت أكثير

الاستراتيجيات فعالية: التلقين، التعزيز، التغذية الراجعة، وتحليل المهارة. وقد توصلت معظم تلك الدراسات إلى العلاقة بين تطور مهـارات التواصـل غيـر اللفظـي وتحسن السلوك الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين، كما توصلت إلى وجود علاقة بـين انخفاض بعض مهارات التواصل غير اللفظي وبعض المهارات والقدرات الأخرى.

فروض الدراسة

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في مهارات التواصـل غير اللفظي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفـراد المجموعـة الضـابطة علـى القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في السلوك الاجتماعي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على القيـاس البعـدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

إجراءات الدراسة:

أولا: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الحالية من (٣٨) طفلا تراوحت أعمارهم ما بين (٤-٦) سنوات بمتوسط عمري قدره (٥,٤) سنوات وانحراف معياري قدره (٦,١٠)، وقد تـم توزيعهم على مجموعتين مجموعة ضابطة تكونت من (٢٠) طفلا، ومجموعة تجريبيـة تكونت من (١٨) طفلا، والمجموعتان متكافئتان في العمر، والجنس، ودرجـة التوحّـد (الأعراض الإكلينيكية والمظاهر السلوكية تبعا لقوائم التشخيص التـي تـم اسـتخدامها لتشخيص التوحّد لدى أفراد العينة في المراكز التي طبقت فيها الدراسة).

وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية من أربعة مراكز أهليـة للتوحّـد بمدينـة الرياض هي أكاديمية التربية الخاصة، الأكاديمية العربية للتربيـة الخاصـة، مـدارس المئوية، مركز والدة الأمير فيصل للتوحّد، وهي المراكز التي تقـدم خـدمات متشـابه للأطفال التوحّيين بمدينة الرياض، فبعضها متخصصة للأطفال التوحّديين، وبعضها تقدم

خدمات تربوية ضمن قسم خاص بأطفال التوحّد. وقد تم تقسيم العينة بناء على توفر أفراد الدراسة ضمن المركز الواحد.

ثانيا: أدوات الدراسة:

أعدت الباحثة ثلاثة أدوات هي على التوالي:

١- قائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي لأطفال التوحّد في الفئة العمرية ما بين (٤-٦) سنوات، إعداد الباحثة:

بعد الإطلاع على الأطر النظرية المتعلقة بمهارات التواصل غير اللفظي بشكل عام (بدير وصادق، ٢٠٠٠)، ومهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحّد بشكل خاص (جوهانسون، ١٩٩٩). هذا بالإضافة إلى الإطلاع على الأطر العملية التي بحثت في طرق تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحّد وكذلك بالإطلاع على قوائم التقدير التي تقيس مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحّد والمتضمنة لقوائم تشخيص أطفال التوحّد مثل The Childhood Autism Rating (CARS) Scale (Schopler, Robert &Renner,١٩٨٨) و(ABA) Autism Behavior Analysis بالإضافة إلى نموذج تقييم مستوى أداء الطفل التوحّدي وبعد الإطلاع على ما سبق قامت الباحثة بإعداد الصورة الأولية لقائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي والتي تكونت من (١٩) عبارة وعرضها على مجموعة من أساتذة ومختصين بقسم الإرشاد والتربية الخاصة بالجامعة الأردنية، وجامعة عمّان العربية، والذين أوصوا بحذف أحد عبارات القائمة ليصبح عدد عباراتها (١٨) عبارة، وقد تم حساب دلالات صدقها باستخدام أنواع مختلفة من الصدق: صدق المحكمين، والصدق التمييزي، حيث تم استبقاء عبارات القائمة كما هي. كما تم حساب معاملات ثبات القائمة بمعامل ألفا كرونباخ، ومعامل سبيرمان- براون وقد كانت قيمتهما مرتفعة، وجدول (١) يوضح ذلك.

جدول (١) يوضح قيم معامل ألفا كرونباخ ومعامل سبيرمان- براون
على قائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي (ن=٢٠)

عدد عبارات القائمة	قيمة معامل ألفا كرونباخ	قيمة معامل سبيرمان- براون
١٨	٠,٩٣	٠,٧٦

وبهذا تكونت الصورة النهائية لقائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي لأطفال التوحد في الفئة العمرية ما بين (٤-٦) سنوات من (١٨) عبارة تقيس ست مهارات هي: مهارة الانتباه المشترك، والتواصل البصري، والتقليد، والاستماع والفهم، واستخدام الإشارة لما هو مطلوب، وفهم تعبيرات الوجه ونبرات الصوت الدالة عليها. وتصحح القائمة بإعطاء الطفل تقديرا على كل عبارة من عبارات القائمة عن طريق اختيار أحد الخيارات التالية (أغلب الأحيان، بعض الأحيان، نادرا، أبدا)، وتأخذ هذه الخيارات مقياس تقدير رباعي تتوزع درجاته من (صفر-٣) درجات بحيث تكون أعلى درجة للقائمة (٥٤) وأقل درجة (صفر)، حيث يتم استخدام هذا التوزيع في الدرجات من العبارة (١-٩) لأنها عبارات إيجابية، في حين يتم عكس طريقة التصحيح من العبارة (١٠-١٨) لأنها عبارات سلبية.

٢- ٢-قائمة تقدير السلوك الاجتماعي لأطفال التوحّد في الفئة العمرية ما بين (٤-٦) سنوات، إعداد الباحثة:

قامت الباحثة بالرجوع إلى الأطر النظرية المتعلقة بالسلوك الاجتماعي للأطفال العاديين في مراحل الطفولة المبكرة بشكل عام ، إضافة إلى الأطر النظرية المتعلقة بالسلوك الاجتماعي لأطفال التوحّد والأطفال ذوي الحاجات الخاصة الأخرى، والتي تم حصرها بهدف اشتقاق عبارات قائمة تقدير السلوك الاجتماعي بما يتناسب مع هدف هذه الدراسة. كما قامت بالإطلاع على مقاييس وقوائم تشخيص وتقدير السلوك الاجتماعي

لأطفال التوحّد، كقائمة السلوك التوحّـدي (Autism Behavior Checklist Record Form)، ومقياس السلوك التكيفي (Adaptive Behavior Scale) وقائمـة تشخيص أطفال التوحّد ومقياس شبلر لتقدير سلوك الطفل التوحّدي ، ومقياس مظـاهر العجز في التفاعل الاجـتماعي حيث تم بعدها تحديد مفهوم السلوك الاجتماعي المـراد قياسه لأطفال التوحّد وتعريفه إجرائيا والذي تضمن بعدين رئيسين، يقيس البعـد الأول أنماط السلوك الاجتماعي المناسب، في حين يقيس البعد الثاني أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسب. وبناء على هذين البعدين تم تحديد العبارات التي تقيس كلا منهما، حيـث تكّون البعد الأول من فقرات تقيس التعاون، والاستجابة والامتثال للقواعـد والأنظمـة، والتصرف في المواقف الاجتماعية، والحفاظ على الممتلكات، والعلاقات الاجتماعية مـع الزملاء. وتكّون البعد الثاني من عبارات تقـيس العـدوان، والانسـحاب الاجتمـاعي، والنشاط الزائد، والعادات السلوكية غير المناسبة، والخجل.

وبهذا تكونت الصورة الأولية لقائمة تقدير السلوك الاجتماعي لأطفال التوحّـد في الفئة العمرية (٤-٦) سنوات من (٤٧) عبارة، حيث تكـون البعـد الأول للسـلوك الاجتماعي المناسب من (٢٤) عبارة، وتكون البعد الثاني للسـلوك الاجتمـاعي غيـر المناسب من(٢٣) عبارة، وقد تم عرض القائمة على (١٥) أستاذا ومختصا من أعضاء هيئة التدريس في قسم الإرشاد والتربية الخاصة في الجامعة الأردنيـة، وفـي جامعـة عمان العربية، اللذين أشاروا إلى حذف بعض عبارات القائمة وإعادة صـياغة الـبعض الآخر، ليتكون البعد الأول لأنماط السلوك الاجتماعي المناسب من (١٨) عبارة، وليتكون البعد الثاني لأنماط السلوك الاجتماعي غير المناسب من (١٧) عبارة.

كما تم حساب دلالات صدق القائمة باسـتخدام صـدق المحكمـين، والصـدق التمييزي الذي أسفر عن حذف (٣) عبارات من البعد الأول وعبارة واحدة مـن البعـد الثاني، وبعد ذلك تم حساب ثبات القائمة عن طريق حساب قيم معامل ألفـا كرونبـاخ، وثبات المصححين باستخدام معامل سبيرمان-براون، وجدول (٢) يوضح ذلك.

جدول (٢) يوضح قيم معاملات ألفا كرونباخ وقيم معاملات سبيرمان- براون على قائمة تقدير السلوك الاجتماعي (ن= ٢٠)

أبعاد القائمة	عدد عبارات البعد	قيم معاملات	
		ألفا كرونباخ	سبيرمان- براون
السلوك الاجتماعي المناسب	١٥	٠.٩٢	٠.٧٨
السلوك الاجتماعي غير المناسب	١٦	٠,٩٦	٠.٧٩

يوضح الجدول السابق أن قيم معاملات الاتساق الداخلي لقائمة تقدير السلوك **الاجتماعي ألفا كرونباخوسبيرمان - براون كانت متقاربة ومرتفعة على كل بعد من أبعادها.**

وهكذا تم التوصل للصورة النهائية لقائمة تقدير السلوك الاجتماعي، والتي تكونت في صورتها النهائية من (٣١) عبارة موزعة على بعدين رئيسين هما بعد السلوك الاجتماعي المناسب وعدد عباراته (١٥) عبارة، وبعد السلوك الاجتماعي غير المناسب وعدد عباراته (١٦) عبارة، حيث يتم تصحيح القائمة بإعطاء الطفل درجة على كل عبارة من عبارات القائمة، عن طريق مقياس تقدير رباعي (أغلب الأحيان، بعض الأحيان، نادرا، أبدا) تتوزع درجاته من (صفر-٣)، بحيث تكون أعلى درجة للقائمة (٩٣) درجة وأقل درجة (صفر). والجدير بالذكر أن الدرجة التي يتم منحها للطفل تختلف باختلاف البعد حيث أن عبارات البعد الأول للقائمة (السلوك الاجتماعي المناسب) إيجابية، في حين أن عبارات البعد الثاني من القائمة (السلوك الاجتماعي غير المناسب) سلبية، وهذا يتطلب عكس سلم التصحيح.

٣- البرنامج المقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحّد في الفئة العمرية ما بين (٤-٦) سنوات، إعداد الباحثة:

بعد مراجعة الأطر النظرية التي اهتمت بكيفية إعداد وتصميم البرامج لأطفال التوحّد ولذوي الحاجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة ومراجعة الدراسات السابقة التي اهتمت بتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحّد ومنها دراسات ، هذا بالإضافة إلى مراجعة الدراسات التي اهتمت باستخدام استراتيجيات العلاج السلوكي في تدريب وتعليم أطفال التوحّد، كدراسة ، وكذلك الإطلاع على بعض البرامج المقدمة لتنمية مهارات التواصل اللغوي لأطفال التوحّد كبرنامج وقد قامت الباحثة بإعداد الصورة الأولية للبرنامج المقترح بهدف تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لأطفال التوحّد في الفئة العمرية ما بين (٤–٦) سنوات، وهذه المهارات هي: مهارة الانتباه المشترك، والتقليد، والتواصل البصري، والاستماع والفهم، والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، وفهم تعبيرات الوجه وتمييزها ونبرات الصوت الدالة عليها، وقد تم عرض البرنامج على أساتذة مختصين من أعضاء هيئة التدريس بقسم الإرشاد والتربية الخاصة بالجامعة الأردنية، وجامعة عمان العربية، حيث أشاروا إلى صلاحية البرنامج للتطبيق من حيث ملاءمة نوع الأنشطة وطريقة تنفيذها، والأدوات المستخدمة فيها، ومدة تطبيق كل نشاط، لذا استبقت الباحثة البرنامج كما هو.

وفيما يلي نبذة مختصرة عن البرنامج المقترح:

الهدف العام من البرنامج:

يهدف البرنامج إلى تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لأطفال التوحّد في الفئة العمرية ما بين (٤–٦) سنوات، وأثر ذلك على تنمية بعض المظاهر السلوكية الاجتماعية المناسبة وتعديل بعض السلوكيات الاجتماعية غير المناسبة لديهم.

الاستراتيجيات المستخدمة في البرنامج:

١- استراتيجيات التواصل والتي اقترحها العالمان بيانكو وهيل (Bianco&Hill,١٩٨٩) لتدريب الأطفال التوحّديين غير الناطقين في برامج التدخل المبكر وهذه الاستراتيجيات هي: تعليم الاستنتاج، ممارسة أعمال روتينية مشتركة، تأجيل الاستجابة لرغبات الطفل، اختيار طريقة ملائمة للتواصل.

٢- استراتيجيات تعديل السلوك وهي: استراتيجية التشكيل، والتلقين، والتقليد، وكذلك استراتيجية تحليل المهارة

٣- استخدام بعض الوسائل البصرية المساعدة وهي: صور برنامج بورد ميكر لأطفال التوحد (Boardmaker Picture Index) الذي طوره ليبوما، الصور الفوتوغرافية، الفيديو، بالإضافة إلى استخدام الحاسب الآلي.

والجدير بالذكر أنه سيتم استخدام استراتيجية واحدة على الأقل من جميع الاستراتيجيات الثلاث المذكورة سابقا، وذلك بما يتناسب مع هدف الجلسة والنشاط الرئيسي المطبق فيها.

محتوى البرنامج:

١- أنشطة التهيئة: وهي الأنشطة التي تبدأ بها الجلسات التدريبية، والتي يتم تطبيقها في العشر الدقائق الأولى من الجلسة، فمن خلالها يهيأ الطفل للمهارة المراد تعلمها في الجلسة، عن طريق استخدام المثيرات البيئة الطبيعية والمتوفرة داخل حجرة الصف، أو عن طريق ممارسة بعض الأنشطة المدرسية المناسبة.

٢- الأنشطة الرئيسية: وهي الأنشطة التي استندت عليها الباحثة في التدريب على مهارات التواصل غير اللفظي، حيث تم اقتراح (٤) أنشطة عملية لتحقيق كل هدف من أهداف البرنامج والتي تتمثل في الأنشطة المعرفية، والفنية، والحركية، والموسيقية. يستغرق تطبيق الأنشطة الرئيسية في الجلسة عشرون دقيقة.

جلسات البرنامج:

يطبق البرنامج في (٣٠) جلسة، تم تقسيمها على نوعين من الجلسات: جلسات فردية تقدم لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية أربعة أيام في الأسبوع، وجلسات جماعية تقدم لثلاثة أفراد معا مرة واحدة في الأسبوع، وتتراوح مدة الجلسة بين (٢٥-٣٥) دقيقة. وتتضمن الجلسة ما يلي:

١- هدف الجلسة: ويقصد به المهارة المراد تعلمها من مهارات التواصل غير اللفظي، وقد حددت الجلسات العشر الأولى لتحقيق هدف واحد يتمثل في تنمية مهارات الانتباه المشترك والتواصل البصري، والتقليد. في حين حددت العشر الجلسات الثانية في تنمية مهارات الانتباه والاستماع والفهم، واستخدام الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، أما الجلسات العشرة الأخيرة فقد استهدفت تنمية مهارات التقليد، والتواصل البصري، وفهم واستخدام الإيماءات وتعبيرات الوجه.

٢- مدة الجلسة: ويقصد بها المدة التي يستغرقها الطفل في تحقيق الهدف أثناء تطبيق أنشطة التهيئة والأنشطة الرئيسية سواء كانت الجلسة فردية أو جماعية.

٣- الأنشطة المستخدمة: وصف لأنشطة التهيئة المطبقة في الجلسة، وتحديد ووصف نوع النشاط الرئيسي المستخدم في تحقيق الهدف مع العلم أن كل هدف يمكن تحقيقه ضمن الأنشطة الرئيسية الأربعة (الفينة، أو المعرفية، أو الحركية، أو الموسيقية)، ليتم اختيارها وفقا لرغبات وميول الطفل.

٤- المواد المستخدمة: ويقصد بها حصر المواد التي سيتم استخدامها أثناء تطبيق النشاط.

٥- الاستراتيجيات المستدمة: ويقصد بها تحديد نوع استراتيجيات التواصل وتعديل السلوك التي سيتم استخدامها في تحقيق كل هدف.

٦- آلية تطبيق الجلسة: وهو يتضمن الخطوات التي سيتم إتباعها في تدريب الطفل على المهارة من خلال النشاط المستخدم في الجلسة.

٧- تقييم الهدف: ويقصد بذلك تحديد المعايير التي سيتم من خلالها تقييم مدى تحقق هدف الجلسة.

كيفية ومدة تطبيق البرنامج:

استغرق تطبيق البرنامج مدة زمنية قدرت بـ (٥) شهور، تضمنت خمس فترات هي:

١- فترة الملاحظة: ومدتها ثلاثة أسابيع، تم فيها التعرف على الطفل وجمع بيانات عن سلوكه، وعن مهارات التواصل غير اللفظي لديه.

٢- فترة التقييم القبلي: ومدتها ثلاثة أسابيع، تم من خلالها تطبيق قائمة تقدير السلوك الاجتماعي وقائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي.

٣- فترة تطبيق البرنامج: ومدتها (٦) أسابيع تم توزيعها تبعا للمهارات المراد تعلمها، حيث بلغت عدد الجلسات (٣٠) جلسة منهم (٢٦) جلسة فردية و(٦) جلسات جماعية وذلك بواقع أربع جلسات فردية وجلسة جماعية أسبوعيا لكل طفل مدتها ٣٠ دقيقة.

٤- فترة التقييم البعدي: ومدتها ثلاثة أسابيع، تم من خلالها تقييم كل طفل ومراقبة سلوكه، وإعادة تطبيق قائمة تقدير السلوك الاجتماعي وقائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي.

٥- فترة المتابعة: ومدتها شهر تم من خلالها متابعة سلوك الطفل الاجتماعي واستخدامه لمهارات التواصل غير اللفظي في مختلف الأنشطة المقدمة له ضمن جدوله الدراسي، وذلك بعد التوقف شهرا كاملا عن تطبيق البرنامج.

ثالثا: إجراءات تطبيق أدوات الدراسة وجمع المعلومات:

١. إعداد قائمة تقدير السلوك الاجتماعي، وقائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي وتحكيمها والتحقق من صدقها وثباتها.

٢. إعداد برنامج تنمية مهارات التواصل غير اللفظي المقترح وتحكيمه.
٣. اختيار المراكز والمدارس التي سيتم تطبيق البرنامج فيها، والتي يتواجد بها أكبر عدد ممكن من أطفال التوحّد، وقد تم اختيار أربعة مراكز هي: مركز والدة الأمير فيصل للتوحّد، مدارس المئوية، أكاديمية التربية الخاصة، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة، وقامت الباحثة باختيار المراكز التي تقدم الخدمات ذاتها لأطفال التوحّد، حتى تضمن الباحثة عدم تعرض أفراد عينة الدراسة لبرامج مختلفة، ولذا تم اختيار العينة من المراكز المذكورة أعلاه.
٤. اختيار عينة الدراسة، وتوزيعها في مجموعتين متكافئتين من حيث (الجنس، العمر،نوع الخدمات المقدمة)، أحدهما ضابطة والأخرى تجريبية، وذلك بعد مجانستهما من خلال التطبيق القبلي لقائمة تقدير السلوك الاجتماعي وقائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي، كما تم اختيار الأطفال ضمن الجلسات الجماعية والتي ستتكون من ثلاثة أطفال فقط.
٥. وضع جدول لملاحظة المجموعتين الضابطة والتجريبية خلال ثلاثة أسابيع وذلك قبل البدء بتطبيق البرنامج، على أن تتم ملاحظة كل طفل في أوضاع مختلفة: كالركن الفردي ، واللعب المنظم ، أو اللعب الحر، أو طابور الصباح، وتسجيل الملاحظات في استمارات الملاحظة الخاصة بذلك، كما تم تصويرهم بالفيديو.
٦. تطبيق قائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي وقائمة تقدير السلوك الاجتماعي (القياس القبلي) على أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية.
٧. تطبيق البرنامج المقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي على أفراد المجموعة التجريبية، وتصوير عينة الدراسة في الجلسات التدريبية.
٨. إعادة تطبيق قائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي وقائمة تقدير السلوك الاجتماعي، (القياس البعدي) على أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية للتحقق من فعالية البرنامج المقترح في هذه الدراسة.

٩. التوقف عن تطبيق البرنامج لمدة شهر ومن ثم متابعة أفـراد عينـة الدراسـة، وإعادة تطبيق قوائم تقدير مهارات التواصل غير اللفظي والسـلوك الاجتمـاعي، (قياس المتابعة).

١٠. تصحيح القوائم، وإدخال بياناتها في الحاسب وتحليلها إحصائيا للتحقق من صحة فروض الدراسة.

١١. استخلاص النتائج ومناقشتها وصياغة توصيات في ضوء نتائج الدارسة الحالية.

رابعا-الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

للإجابة على فرضيات الدراسة تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافـات المعيارية لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية، وتحليل التباين المشترك (Analysis of Coveriance)(ANCOVA) والمتوسطات المعدلة، وقـد تـم معالجـة فـروض الدراسة باستخدام الأسلوب الإحصائي المذكور بهدف ضبط الفروق في الـدرجات بـين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيري الدراسة (مهارات التواصـل غيـر اللفظي، والسلوك الاجتماعي)، وكذلك لضبط الفروق في الدرجات بين أفراد المجموعـة الواحدة في كلا المتغيرين.

نتائج الدراسة :

الفرض الأول:

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالـة (٠.٠٥) في مهـارات التواصل غير اللفظي بين أفراد المجموعة التجريبيـة وأفـراد المجموعـة الضـابطة عـلى الاختبار البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية".

للتحقق من الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة،واستخدمت الباحثة أسلوب تحليل التبـاين المشـترك (ANCOVA)، ويوضح الجدولان (٣)،(٤) ذلك.

جدول (٣) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار القبلي والبعدي واختبار المتابعة
(قائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي)

نوع الاختبار	المجموعة التجريبية (ن=١٨)		المجموعة الضابطة (ن=٢٠)	
	متوسط	الانحراف المعياري	متوسط	الانحراف المعياري
الاختبار القبلي	٢١.٦٧	٣.٦٥	٢٨.٦٥	٧.٥٧
الاختبار البعدي	٣٠.٧٥	٨.٨٦	٢٨.٦١	٧.٤٨
اختبار المتابعة	٢٩.٩١	٧.٩٥	٢٨.٣٥	٧.٢٨

يتبين من النتائج الموضحة في الجدول (٣)، أن متوسط الاختبار القبلي لأفراد المجموعة التجريبية قد بلغ (٢١.٦٧)، وبلغ متوسط الاختبار البعدي (٣٠.٧٥). أما متوسط المجموعة الضابطة فقد بلغ على الاختبار القبلي (٢٨.٦٥)، في حين بلغ متوسطها على الاختبار البعدي (٢٨.٦١) هذا يشير إلى أن هناك فروقا ظاهرية بين المتوسطات الحسابية على الاختبار البعدي بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة. وللتحقق من احتفاظ المجموعة التجريبية بالمهارات التي تم تدريبهم عليها أثناء فترة تطبيق البرنامج المقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي في الدراسة الحالية، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعتين التجريبية

والضابطة على اختبار المتابعة حيث بلغ متوسط أفراد المجموعة التجريبية على اختبار المتابعة (٢٩.٩١) ومتوسط أفراد المجموعة الضابطة بلغ (٢٨.٣٥). وذلك يعني أن هناك فروقا ظاهرية بين المتوسطات الحسابية على الاختبار في المتابعة بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، وللتحقق من أن هذه الفروق دالة إحصائيا تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA) على الاختبار البعدي واختبار المتابعة، ويوضح جدول (٤) ذلك.

جدول (٤) تحليل التباين المشترك للفروق بين متوسطات أداء فراد المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي واختبار المتابعة

(قائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي(ن=٣٨)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الاختبار القبلي	٩٠٤.٨٤	١	٩٠٤.٨٤	٢٣.٣٥	٠.٠٠٠
المجموعات	٢٧٨.٧١	١	٢٧٨.٧١	٧.١٩	٠.٠٠١
الخطأ	١٣٥٦.٢١	٣٥	٣٨٧.٧٥		
الكلي	٢٥٣٩,٧٦	٣٧			
الاختبار البعدي	٢١٩.٢٦	١	٢١٩.٢٦	٤.٥٤	٠.٠٠٤
المجموعات	٩٣.٢٢٢	١	٢٢٢.٩٣	٤.٦١	٠.٠٠٣
الخطأ	١٦٩٠.٩٩	٣٥	٤٨.٣٠		
الكلي	٢١٣٣.١٨	٣٨			

يتضح من الجدول (٤) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مهارات التواصل غير اللفظي، وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار الفروق القبلية على الاختبار القبلي كمتغير تغاير، حيث بلغت قيمة "ف" بدرجات حرية (٢٣.٣٥)،(٧.١٩) وهذه القيمة دالة إحصائيا عند مستوى (٠.٠٠٥). كما يتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مهارات

التواصل غير اللفظي، وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار الفروق البعدية على الاختبار البعدي كمتغير تغاير، حيث بلغت قيمة "ف" بدرجات حرية (٤.٥٤)،(٤.٦١) وهذه القيمة دالة إحصائيا عند مستوى (٠.٠٥). وبالنظر إلى المتوسطات المعدّلة والواردة في جدول (٥) فإن هذه الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغ متوسط المجموعة التجريبية (٣٢.٦٤)، بينما بلغ متوسط المجموعة الضابطة (٢٧.٣١).

جدول (٥) المتوسطات البعدية المعدّلة لأداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على قائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي

المجموعة	المتوسط البعدي المعدّل	الخطأ المعياري
التجريبية(ن=١٨)	٣٢.٦٤	١.٤٨
الضابطة(ن=٢٠)	٢٧.٣١	١.٤٨

الفرض الثاني:

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) في السلوك الاجتماعي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على الاختبار البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية".

للإجابة على هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، إلى جانب إجراءات تحليل التباين المشترك (ANCOVA) والجدولين(٦) و(٧) يوضحان ذلك.

جدول (٦) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار القبلي والاختبار البعدي
(قائمة تقدير السلوك الاجتماعي)

أبعاد قائمة تقدير السلوك الاجتماعي	نوع الاختبار	المجموعة التجريبية (ن=١٨)		المجموعة الضابطة (ن=٢٠)	
		متوسط	انحراف المعياري	متوسط	انحراف معياري
السلوك الاجتماعي المناسب	قبلي	٢٠.٩٥	٨.٠٦٩	٢٨.٦٥	٦.٢٩
	بعدي	٢٣.٥٠	٨.٩١٨	٢٨.٣٥	٥.٨٠
السلوك الاجتماعي غير المناسب	قبلي	٣٤.٧٠	٥٠٥٢	٣٣.١٥	٧.٠٩٥
	بعدي	٢٩.٣٠	٦.١٧	٣٢.٨٥	٦.٦٤٣

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروق ظاهرية بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أبعاد قائمة تقدير السلوك الاجتماعي على الاختبار البعدي، واختبار المتابعة بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد قائمة تقدير السلوك الاجتماعي (بعد السلوك الاجتماعي المناسب، وبعد السلوك الاجتماعي غير المناسب). وللتحقق من أن هذه الفروق دالة إحصائيا تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA)، ويبين جدول (٧) نتائج ذلك.

جدول (٧) تحليل التباين المشترك للفروق بين متوسطات أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي (قائمة تقدير السلوك الاجتماعي) (ن=٣٨)

أبعاد قائمة السلوك الاجتماعي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
بعد السلوك الاجتماعي المناسب	الاختبار القبلي	١٤٤٠.٦٨٨	١	١٤٤٠.٦٨٨	٧٥.٢٠٤	٠.٠٠٠
	المجموعات	٢٣.٦٦٠	١	٢٣.٦٦٠	١.٢٤	٠.٢٧
	الخطأ	٧٠٨.٨١٢	٣٧	١٩.١٥٧		
	الكلي	٢١٧٣.١٦	٣٩			
بعد السلوك الاجتماعي غير المناسب	الاختبار القبلي	١١٣٨.٤٨٣	١	١١٣٨.٤٨٣	٩٩.٢٩	٠,٠٠
	المجموعات	٢١٠.٩٠٦	١	٢١٠.٩٠٦	١٨.٣٩	٠,٠٠
	الخطأ	٤٢٤.٢٦٧	٣٧	١١.٤٦٧		
	الكلي	١٧٧٣.٦٥٦	٣٩			

يتضح من جدول (٧) أنه لا توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط أفراد المجموعة الضابطة على بعد السلوك الاجتماعي المناسب وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار الفروق القبلية على الاختبار القبلي كمتغير تغاير، إذ بلغت قيمة "ف" بدرجات حرية (٣٧.١): (١.٢٤)، وهي قيمة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥). أما بالنسبة لبعد السلوك الاجتماعي غير المناسب فقد أشارت نتائج تحليل التباين المشترك والواردة في الجدول (٧) إلى أن هناك فروقا بين متوسط أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط أفراد المجموعة الضابطة على هذا البعد، وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار الفروق القبلية على الاختبار القبلي كمتغير تغاير، وقد بلغت قيمة "ف" بدرجات حرية (٣٧.١):(١٨.٣٩)، وهذه القيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥). وقد كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية وجدول (٨) يوضح ذلك.

جدول (٨) المتوسطات البعدية المعدّلة لأداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (بعد السلوك الاجتماعي غير المناسب)

المجموعة	المتوسط البعدي المعدّل	الخطأ المعياري
التجريبية (ن=١٨)	٢٢.٥٠	٠.٧٦١
الضابطة (ن=٢٠)	٣٠.٦٥	٠.٧٦١

يلاحظ من الجدول السابق أن المتوسط البعدي المعدّل لأداء أفراد المجموعة التجريبية على بعد السلوك الاجتماعي غير المناسب قد بلغ (٢٢.٥٠)، بينما بلغ متوسط المجموعة الضابطة (٣٠.٦٥)، وهذا يوضح أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية، والجدير بالذكر أن المتوسط الأعلى يشير إلى وجود سلوك الاجتماعي غير مناسب.

وللتحقق من احتفاظ المجموعة التجريبية بالمهارات التي تم تدريبهم عليها أثناء فترة تطبيق البرنامج، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي والمتابعة على أبعاد قائمة تقدير السلوك الاجتماعي، جدول(٩) و(١٠) يوضحان ذلك.

جدول (٩) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطةعلى الاختبار البعدي واختبارالمتابعة
(أبعاد قائمة تقدير السلوك الاجتماعي)

أبعاد قائمة تقدير السلوك الاجتماعي	نوع الاختبار	المجموعة التجريبية (ن=١٨)		المجموعة الضابطة (ن=٢٠)	
		متوسط	انحراف المعياري	متوسط	انحراف معياري
السلوك الاجتماعي المناسب	بعدي	٢٣.٥٠	٨.٩٢	٢٨.٣٥	٥.٨٠
	متابعة	٢٣.٣٨	٨.٨٤	٢٨.٧٥	٥.٥٤
السلوك الاجتماعي غير المناسب	بعدي	٢٩.٣٠	٦.١٧	٣٢.٨٥	٦.٦٤
	متابعة	٢٨.٣٥	٧.٨٠	٣٢.٨٥	٦.٤٣

جدول (١٠) تحليل التباين المشترك للفروق بين متوسطات أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لاختبار المتابعة
(قائمة تقدير السلوك الاجتماعي) (ن= ٣٨)

أبعاد قائمة السلوك الاجتماعي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
بعد السلوك الاجتماعي المناسب	الاختبار البعدي	٣.٨٥	١	٣.٨٥	٠.٠٠٠	٠.٩٩
	المجموعات	١٢.٢٥	١	١٢.٢٥	٠.١٩	٠.٦٧
	الخطأ	٢٢٦٢.٠٢	٣٥	٦٤.٦٣		
	الكلي	٢٢٧٨,١٢	٣٨			
بعد السلوك الاجتماعي غير المناسب	الاختبار البعدي	٢٨.٣٦	١	٢٨.٣٦	٠.٦٩	٠.٠٠١
	المجموعات	١٩٢.٧٠	١	١٩.٧٢	٤.٧٩	٠.٠٠٣
	الخطأ	١٤٠٦.١٨	٣٥	٤٠.١٧		
	الكلي	١٦٢٧.٢٤	٣٨			

يتضح من جدول (١٠) أنه لا توجد فروق بين متوسطات أفـراد المجموعـة التجريبية ومتوسط أفراد المجموعة الضابطة على بعد السلوك الاجتماعي المناسب وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار الفروق البعدية على الاختبار البعدي كمتغير تعاير، إذ بلغت قيمة "ف" بدرجات حـرية (١،٣٥):(٠.١٩)، وهي قيمة ليست ذات دلالـة إحصـائية عنـد مستوى دلالة (٠,٠٥).

أما بالنسبة لبعد السلوك الاجتماعي غير المناسب فقد أشـارت نتـائج تحليـل التباين المشترك والواردة في الجدول (١٠) إلى أن هناك فروقا بـين متوسـط أفـراد المجموعة التجريبية ومتوسط أفراد المجموعة الضابطة على هذا البعد، وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار الفروق القبلية على الاختبار القبلي كمتغير تغاير، وقد بلغـت قيمـة "ف" بدرجات حرية (١،٣٥):(٤.٧٩)، وهذه القيمة ذات دلالة إحصائية عند مسـتوى دلالـة (٠,٠٥)، وهذا ما أشارت إليه المتوسطات المعدلة لأداء أفراد المجموعتين التجريبيـة والضابطةعلى بعد السلوك الاجتماعي غير المناسـب، حيـث كانـت الفـروق لصـالح المجموعة التجريبية. إذ بلغ متوسطها (٢٠.٨٠)، بينما بلغ متوسط المجموعة الضابطة (٢٨.٩٥) وجدول (١١) يوضح ذلك.

جدول (١١) المتوسطات البعدية المعدّلةلأداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (بعد السلوك الاجتماعي غير المناسب)

المجموعة	المتوسط البعدي المعدّل	الخطأ المعياري
التجريبية(ن=١٨)	٢٠.٨٠	٠.٦٩
الضابطة(ن=٢٠)	٢٨.٩٥	٠.٧٠

مناقشة النتائج

تفسير نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

بينت الدراسة الحالية وجود فروق دالة إحصائيا في مهارات التواصل غير اللفظي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، مما يعني فاعلية البرنامج المقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي. وهذا يتفق مع ما أشارت إليه نتائج العديد من الدراسات.

وهذا يؤكد ما أشار إليه ماكدونوف من أن الأطفال التوحّديون يظهرون تحسنا ملحوظا في مهارات التواصل، فهم غير قادرين على اكتساب هذه المهارات بالتعلم العرضي أو عن طريق الملاحظة، بل هم يحتاجون إلى تعليمات مباشرة، وتشكيل للاستجابة، وتقديم محفزات ليتم اكتساب تلك المهارات. وهذا ما تم مراعاته في تدريب أفراد المجموعة التجريبية على المهارات بالبرنامج المقترح.

وبهذا يمكننا القول إن هذه النتيجة تدعم ما سبق وأن توصلت إليه الدراسات السابقة من فعالية برامج التدخل المبكرة المقترحة في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحّيين محدودي اللغة في الفئة العمرية ما بين (٤-٦) سنوات. فقد أشارت قوائم المتابعة الدورية لتقييم مهارات التواصل غير اللفظي إلى تطور ملحوظ في مهاراتي الانتباه والتواصل البصري، ونظرا لكونهما مهارتين متداخلتين تم في بداية الدراسة حساب متوسط الانتباه والتواصل البصري الذي استغرقه أفراد عينة الدراسة، والذي لم يبلغ في معظم حالات أفراد المجموعة التجريبية الحد الأدنى المتوقع لدى أطفال التوحّد، حيث قدرت تلك المدة بـ (٣) ثواني. إلا أنه بعد تطبيق البرنامج المقترح في الدراسة الحالية بلغ متوسط مدة الانتباه، والتواصل البصري لدى (١٥) طفلا ما بين (٣-٥) دقائق، في حين وصل ثلاثة أطفال إلى متوسط زمني قدره (٨) ثواني ولم يتعدّ التواصل البصري لدى طفلين الحد الأدنى ألا وهو (٣) ثواني.

ورافق التطور في مهارة التواصل البصري مهارة الانتباه أيضا وهذا يدعم ما توصلت إليه دراسة أرنولد وراندي من أن انخفاض سلوك التواصل البصري يصاحبه انخفاض نسبي في سلوك الانتباه. أي أن التحسن الذي قد يحدث لأحدهما سيحدث للأخر، وهو ما تمت ملاحظته في هذه الدراسة. فقد أشارت البيانات المستخلصة من قوائم المتابعة أن أطفال المجموعة التجريبية قد أحرزوا تطورا تطورا ملحوظا في تواصلهم البصري مع المعلمة ومع المثير المقدم أمامهم، أما فيما يتعلق بتواصلهم البصري الموزع بين المثير والمعلمة فقد كان ضعيفا مقارنة بتواصلهم الثابت مع المثير فقط أو مع المعلمة فقط، وذلك مع استخدام التلقين الجسدي. وهذا يفسر ما أشار إليه ميرندا وزملاؤه من أن اختلاف سلوك التحديق بالعين والوجه بين التوحّيين يكون اختلافا نوعيا وليس كميا. ولكن إذا حدث وانتبه هؤلاء الأطفال إلى أشياء معينة فإن ذلك يكون بتوجيه الآخرين لهم كما أشارت البيانات المستخلصة من القوائم إلى أن تطور مهارتي الانتباه والتواصل البصري قد صاحبها تطور في مهارة التقليد لدى معظم أفراد المجموعة التجريبية. فقد قامت الباحثة بتدريب الأطفال على تقليد الأعمال الأكاديمية المتطلبة منهم ضمن البرنامج التربوي، بالإضافة إلى تدريبهم على التقليد الحركي لليدين والقدمين، وتقليد إيماءات وتعبيرات الوجه والشفاه. وهذا يؤكد ما سبق وأشار إليه ماكدونوف من أن التدخل التدريبي يظهر تحسنا ملحوظا لدى أطفال التوحّد في تقليد بعض الأفعال والحركات المألوفة، والتي تساعدنا في تعليمهم وسائل بديلة للتواصل كالإشارات، والإيماءات، وحركات الجسم. فقد أظهر (٩) أطفال قدرة على تقليد الأفعال المتعلقة بالأنشطة الأكاديمية، وكان أكثرها نجاحا (نظم الخرز)، كما أظهروا قدرة على تقليد الأفعال الحركية المتعلقة باليدين والقدمين، الذي صاحب الأنشطة الموسيقية. إلا أن (٧) فقط منهم قد أتقنوا تقليد حركات الوجه والشفاه. أما بالنسبة للطفلين المتبقين فهما لم يتقنا أيا من مهارات التقليد بشكل فعال مقارنة ببقية الأطفال. وهذا يفسر إلى حد ما، ما أشار إليه هوبسون ولي (Hobson & Lee, ١٩٩٩) من أن أطفال التوحّد يظهرون قدرة متفاوتة على تقليد الآخرين.

وعلى الرغم من تفاوت تعبيرات الوجه التي تم التعرف عليها باستخدام صور البورد ميكر، فقد كانت أكثر تعبيرات الوجه المفهومة من قبل الأطفال وتمييز نبرات الصوت المصاحبة لها، ما يتعلق بالحالات العاطفية التي تفسرها حالة السرور والتي ارتبطت بالتعزيز، وكذلك حالة الغضب والتي ارتبطت بالعقاب أو عدم رضا المعلمة عن سلوك أو أداء الطفل. وبشكل عام يمكننا القول بأن الأطفال في المجموعة التجريبية استطاعوا أن يفسروا الحالات العاطفية عن طريق قراءة تعبيرات الوجه كاملة. فقد أتقن (١٢) طفلا من أطفال المجموعة التجريبية استخدام الصور الدالة على ذلك وتمييز نبرات الصوت الدالة عليها. لكن هؤلاء الأطفال لم تظهر لديهم أية مهارة في استخدام تعبيرات وجههم للتعبير عن حالاتهم العاطفية كشعورهم بالسعادة، أو الحزن، باستثناء طفلين قد أظهرا قدرة على التعبير عن حالة عاطفية واحدة (السرور) والمتعلقة بالتعزيز، عند قيامهم بأداء النشاط أو المهمة المطلوبة بشكل ناجح عن طريق إبرازهما للصورة المعبرة عن تلك الحالة أو الإشارة إليها. وهذا يدعم ما توصل إليه بيرميا ورفاقه من عدم استخدام أطفال التوحّد تعبيرات الوجه من خلال مقارنتهم بأقرانهم العاديين. فهؤلاء الأطفال لا يشاركون البالغين الابتسامة، كما أن تعبيرهم عن فرحتهم بإنجاز عمل ما يبدو أقل من أقرانهم العاديين.

أما فيما يتعلق بتمييز نبرات الصوت المصاحبة لتعبيرات الوجه لم يبدي الأطفال أية استجابة تذكر في ذلك من خلال الحالات العاطفية التي تم ذكرها سابقا (الفرح، الغضب)، وهذا يؤكد ما سبق وأشار إليها من أن أطفال التوحّد لا يستطيعون فهم تلك الإيماءات ومدى انسجامها مع الكلام، وقد يرجع ذلك إلى عدم وجود تواصل بصري مستمر بين هؤلاء الأطفال والآخرين.

ومن ضمن المهارات التي تطورت لدى أطفال المجموعة التجريبية مهارة التعبير عن الاحتياجات باستخدام الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه. فقبل البدء بتطبيق البرنامج لم يظهر هؤلاء الأطفال قدرة في هذه المهارة، حيث كانوا يستخدمون أسلوب القيادة عن

طريق مسك يد المعلمة لما يريدونه، وهذا يؤكد ما أشار إليه روبيرل (Roberl, ١٩٩٣) من أن (٦٥%) من أطفال التوحّد الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٣-٥) سنوات يظهرون سلوك (القيادة باليد) نتيجة الضعف اللغوي. كما أشارت البيانات المستخلصة من قوائم المتابعة إلى ارتفاع معدل استخدام الأطفال في المجموعة التجريبية لأسلوب الإشارة لما هو مرغوب فيه بعكس استخدامهم لأسلوب القيادة عن طريق مسك اليد لما يريدونه. وهذا يتفق مع دراسة كار وكيمب (Carr &kemp, ١٩٨٩)والتي أشارت إحدى نتائجها إلى أن زيادة استخدام أطفال التوحّد لأسلوب الإشارة لما هو مرغوب صاحبه انخفاض في استخدام أسلوب القيادة.

أما فيما يتعلق بمهارة الاستماع وفهم الأوامر وتنفيذها، فقد أظهر الأطفال استجابة للمثيرات الصوتية التي قد تعرضوا لها وذلك عند استخدام الأنشطة الموسيقية التي أظهروا فيها تطورا ملحوظا كما أشرنا سابقا، إلا أنه قد تم استخدام الأنشطة الموسيقية في إعطاء أوامر في بعض الأنشطة الحركية في الجلسات الجماعية، إلا أن بعض أطفال المجموعة التجريبية لم يحققوا تطورا كبيرا في الاستجابة للأوامر، وقد يرجع ذلك لعدم فهمهم لتلك الأوامر، ولهذا يمكننا القول أنهم قد واجهوا صعوبة في تنفيذ الأوامر المقدمة بدون مساعدة. وقد أكد بارمان أن الصعوبة التي يعاني منها أطفال التوحّد في تنفيذ الأوامر قد ترجع إلى ما يعانوه من قصور في الانتباه والاستماع وفهم الأوامر وبالتالي تنفيذها. وعلى الرغم من استخدام الباحثة لأسلوب التلقين الجسدي واللفظي إلا أن تلك المهارات ظلت في الواقع أضعف مهارات حيث لم يحرز أفراد المجموعة التجريبية تطورا ملحوظا فيها مقارنة بالمهارات المتبقية.

وهكذا نستخلص أنه على الرغم من تطور كافة مهارات التواصل غير اللفظي إلا أن هذا التطور كان متفاوتا في تلك المهارات حسب طبيعة كل مهارة وكيفية استخدامها.

تفسير نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

لقد أشارت المعالجة الإحصائية للفرض الثاني إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الاجتماعي المناسب بين أفـراد المجموعـة التجريبيـة وأفـراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي.

فبالنظر إلى جدول (٦) و(٩) نجد أن المتوسطات الحسـابية للقيـاس القبلـي والبعدي والمتابعة لأفراد المجموعة التجـريبية علـى التـوالي (٢٠.٩٥، ٢٣.٥٠، ٢٣.٣٨) تشير إلى تحسن في السلوك الاجتماعي لديهم إذا ما قارنا بين متوسط القياس القبلي والبعدي، كما تشير إلى احتفاظهم بأثر التدريب، وذلك بعد التوقف عـن تطبيـق البرنامج لمدة شهر. وهـذا مـا أشـارت إليـه نتـائج بعـض الدراسـات كدراسـة كريدون؛Creedon, ١٩٩٣) (Koegel&Frea, ١٩٩٣) من أن استخدام برنامج علاجي لتنمية بعض مهارات التواصل الاجتماعي غير اللفظي، قد أدى إلى تحسن واضـح فـي السلوكيات المستهدفة، إضافة إلى تغيرات إيجابية ملحوظة في السـلوكيات التـي لـم تستهدف، فضلا على تحسن قـدراتهم علـى التفاعـل والانـدماج الاجتمـاعي. إلا أن المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعة الضابطة على القياس القبلي والبعدي والمتابعـة (٢٨.٦٥ ،٢٨.٣٥، ٢٨.٧٥) تشير إلى أن أفراد هذه المجموعـة يظهـرون أنماطـا سلوكية اجتماعية مناسبة أفضل من أفراد المجموعة التجريبية، ولعل ذلك يرجـع إلـى إخضاعهم لبرامج علاجية سلوكية قبل تطبيق البرنامج.

وهكذا يمكننا القول أن البرنامج لم يكن فعالا في تطـور السـلوك الاجتمـاعي المناسب لدى أفراد المجموعة التجريبية بسبب ارتفاع معدل السلوك الاجتماعي المناسب لأفراد المجموعة الضابطة .

وباستخدام الباحثة لقائمة المتابعة أشارت البيانات المستخلصة منها إلى تطور بعض السلوكيات الاجتماعية (التفاعل الاجتماعي، وأخذ الدور، والاندماج في المجموعة، والمشاركة، واتباع القوانين) لدى أطفال المجموعة التجريبية، والتي تمت ملاحظتها

بشكل فعال في الجلسات الجماعية، حيث أظهر أغلب الأطفال سلوك الإنطوائية، وعدم الرغبة في المشاركة الاجتماعية والانضمام للمجموعة قبل تطبيق البرنامج، فقد كان منهم من يجلس ضمن المجموعة ولكن دون مشاركة فعالة في الأنشطة. وهذا يتفق مع ما أشارت إليه دراسة بول (Ball, ١٩٩٦) من أن تدريب أطفال التوحّد على مهارات اجتماعية كالتحديق بالعين يحدث تحسنا في التفاعلات الاجتماعية لدى أطفال التوحّد. وكذلك ما أشارت إليه دراسة إيسكالونا وزملاؤه (Escalona, et al., ٢٠٠٢) من أن استخدام أسلوب التقليد يعتبر طريقة فعالة لتسهيل بعض السلوكيات الاجتماعية كالاقتراب من الأشخاص الآخرين ومحاولة لمسهم، والنظر إليهم، والتحرك في اتجاههم. والجدير بالذكر أن تطور تلك السلوكيات قد كان نسبيا بين أطفال المجموعة التجريبية، وترجع الباحثة تلك النتيجة عموما إلى أن تطور بعض السلوكيات الاجتماعية لم يكن واضح بدرجة كبيرة تجعل من ذلك التغيير ملموسا مقارنة بالسلوك الاجتماعي غير المناسب، والذي يعتبر واضحا لدى أطفال التوحّد وخاصة إذا تداخل مع بعض المظاهر السلوكية للتوحد.

وهذا يفسر الجزء الثاني من نتيجة الفرض الثاني للدراسة والذي يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الاجتماعي غير المناسب بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية. ويؤكد ذلك فاعلية البرنامج في تغيير السلوك الاجتماعي غير المناسب لديهم وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة Creedon, ١٩٩٣; Janney, ١٩٨٩ ؛ محمد، ٢٠٠٢؛ بخش، ٢٠٠٢؛ الغامدي، ٢٠٠٣) من أن تحسن مهارات التواصل قد صاحبه انخفاض ملحوظ في سلوك إيذاء الذات، وانخفاض في حدة المشكلات السلوكية التي يظهرها أطفال التوحّد. وهذا يفسر فعالية البرنامج في خفض السلوك الاجتماعي غير المناسب لدى الأطفال التوحديين.

وقد تفسر تلك النتيجة البيانات الكيفية التي تم جمعها من قوائم المتابعة التي تشير إلى انخفاض واضح في الحركات النمطية التي كان يمارسها أطفال التوحّد، كما انخفض معدل نشاطهم الحركي وقد يبرر ذلك زيادة مدة انتباههم وجلوسهم لأداء المهارة أو النشاط المطلوب منهم. كذلك انخفض سلوك إيذاء الذات أو العدوان الذاتي الذي ظهر لدى (١٣) طفلا من أطفال المجموعة التجريبية، والذي أخذ شكل ضرب الرأس بالحائط، أو عض اليدين، أو ضرب الوجه. إلا أن (٤) أطفال آخرين لم يصدر عنهم أي سلوك عدواني إنما ظهرت لديهم حالة من الهيجان والبكاء غير معروف السبب والذي اختفى تماما عند (٣) طلاب فقط، وبقيت حالة طفلة واحدة كما هي قبل تطبيق البرنامج. وهذا يشير إلى فعالية برنامج تنمية مهارات التواصل غير اللفظي في خفض السلوك الاجتماعي غير المناسب.

ونستخلص من ذلك من أنه على الرغم من تطور السلوك الاجتماعي المناسب لأفراد المجموعة التجريبية، وعلى الرغم من ارتفاع معدل الأنماط السلوكية الاجتماعية المناسبة لأفرد المجموعة الضابطة أشارت النتائج إلى عدم جود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الاجتماعي المناسب بين أفراد المجموعتين، في حين كانت الفروق على بعد السلوك الاجتماعي غير المناسب بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية على قياس المتابعة، وهذا يشير إلى أن برنامج تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لم يكن فعالا في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي فحسب، بل في خفض أنماط سلوكهم الاجتماعي غير المناسب، والذي كان ظاهرا في انخفاض بعض المظاهر السلوكية المتعلقة بأعراض اضطراب التوحّد كالحركات النمطية، والعدوان نحو الذات، وأسلوب القيادة باليد، وهذا يدل على أن قصور استخدام أطفال التوحد لمهارات التواصل غير اللفظي قد يؤدي إلى ممارسة بعض الأنماط السلوكية غير المناسبة كوسائل بديلة للتعبير عن احتياجاتهم، وهذا بالتالي يحد من ممارسة بعض السلوكيات الاجتماعية المناسبة لديهم ذات العلاقة بالنواحي

الاجتماعية والتي تعتمد أساسا على مهارات التواصل بشكل عام، هذا إن أخذنا تطور مظاهر السلوك الاجتماعي المناسب لدى أفراد المجموعة التجريبية دون مقارنتها بالمجموعة الضابطة. وهذا يؤيد ما سبق وأن أشار إليه الباحثون من أن بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسب قد تعود إلى افتقار أطفال التوحد لاستخدام مهارات التواصل مع الآخرين، هذا من جهة، ومن جهة أخرى أن تحسن مهارات التواصل لدى الأطفال التوحّديين يؤدي إلى رفع مستوى سلوكهم الاجتماعي المناسب والذي يمكن ملاحظته من خلال تفاعلاتهم الاجتماعية.

وهذا يعتبر مؤشر على نوعية البرامج المقدمة لأطفال التوحّد والتي يجب أن تتضمن مجموعة من الأنشطة المتنوعة، حيث أظهر أطفال عينة الدراسة قدرة على التفاعل مع الأنشطة الفنية والموسيقية أكثر من الأنشطة المعرفية والحركية، كما كانت استراتيجية التعطيل المستخدمة لتحقيق أهداف هذا البرنامج من أكثر الاستراتيجيات فعالية في حث الطفل التوحّدي على التواصل، واستخدام شتى الطرق للتعبير عن احتياجاته مع التأكيد على فعالية استراتيجيتي التقليد والتلقين، رغم فعالية الاستراتيجيات الأخرى التي تم استخدامها، إلا أن طبيعة الأنشطة المستخدمة في هذه الدراسة قد انسجمت مع هاتين الاستراتيجيتين بصورة أكبر.

لذا بمكن التوصية بإجراء المزيد من الدراسات التي تستهدف معرفة أثر البرامج السلوكية في تطوير السلوك الاجتماعي المقبول وخفض معدل السلوك الاجتماعي غير المقبول من خلال تطبيق استراتيجيات تعديل السلوك واختبار أكثرها فعالية في ذلك. هذا بالإضافة إلى إجراء دراسات تستهدف اختبار أثر استخدام الأنشطة الفنية والموسيقية في الأنشطة المدرسية على رفع المهارات التواصلية والاجتماعية لدى أطفال التوحد، للوقوف على ما يجب تضمنيه لهذه الفئة ضمن برامجهم التربوية.

الفصل السادس
التربية الخاصة وأطفال التوحد

إن أطفال التوحد كغيرهم ، هم أفراد قبل كل شيء لديهم نقاط قوة فريدة ولـــديهم نقاط ضعف ، وما يشترك فيه الأفراد المتوحدون جميعاً هو الإعاقة النمائية ، إعاقة في الاتصال والتي تختلف من فرد إلى آخر. فقد يكون ذكاء بعــض الأطفــال التوحــديين متوسطاً أو فوق المتوسط ولذلك يجب أن تبنى الأهداف الأكاديمية على أساس القــدرات الفردية للفرد المتوحد ،فقد يحتاج طفل توحدي إلـــى المســـاعدة فـــي فهـــم الموقــف الاجتماعي وتطوير الاستجابة المناسبة ، بينما قد يحتاج الآخــر إلـــى المســـاعدة فـــي التخلص من السلوك التخريبي وسلوك إيذاء الذات ، وبالتالي كما يوجد أفــراد توحــد مختلفين عن بعضهم البعض فأنه توجد تبعاً لذلك برامج تربوية علاجية خاصة ومختلفة ومن تلك البرامج التربوية ما يلي

١- مراكز الإقامة الدائمة:Residential Schools

تعتبر مراكز الإقامة الدائمة من أقدم برامج التربية الخاصة ، فقد ظهــرت هــذه المراكز منذ بداية الحرب العالمية الأولى وما بعدها ، وغالباً ما كانــت هــذه المراكــز معزولة عن التجمعات السكانية ، وتقدم هذه المراكز خدمات إيوائية وصحية واجتماعية وتربوية ، ويسمح فيها للأهالي بزيارة أبنائهم في المناسبات المختلفة ، وقــد وجهــت العديد من الانتقادات لهذا النوع من البرامج ، فقد وجــه كروكشـــانك Cruickshank (١٩٥٨,) عدداً من الانتقادات أهما عزل الأطفال المعوقين عــن المجتمــع والحيــاة الطبيعية الاجتماعية ووصم الأطفال (Stigma) الملتحقين بهذا المركــز علـــى أنهــم منبوذين عن المجتمع ، إضافة إلى تدني مستوى الخدمات الصحية والتربوية في مثــل هذا النوع من المراكز .

وهذه البرامج التربوية مفيدة خصوصاً لاضطرابات التوحد الشديدة ، بحيث يـــتم إلحاقهم بأقسام خاصة في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة بحيــث يحصـــلون علـــى الخدمات الطبية والنفسية والتأهيلية والتربوية لكل منهم حسب حاجته

٢- مراكز التربية الخاصة النهارية : Special Day Care Schools

ظهرت مراكز التربية الخاصة النهارية كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى مراكز الإقامة الكاملة ، وفي هذا النوع من المركز يتلقى الأطفال خدمات تربوية واجتماعية على مدى مدا ر نصف اليوم تقريباً وغالباً ما يكون عمل هذه المراكز صباحاً وحتى بعد الظهر حيث يمضي الأطفال الفترة الصباحية في هذه المراكز ، أما بعد فترة بعد الظهر فيقضونها في منازلهم ومع ذويهم ، وتبدو مزايا هذا النوع من البرامج في أنها توفر فرصاً تربوية لفئة معينة من الأطفال المعوقين ، وفي الوقت نفسه تحافظ على بقاء الطفل مع أسرته وفي نفس الجو الطبيعي للطفل بعد ذلك ، وتشتمل خدمات هذه المراكز على إيصال الطلبة من وإلى منازلهم هذا بالإضافة إلى الخدمات الصحية ، وبالرغم من الاستحسان الذي تواجه مثل هذه المراكز إلا أنها تعرضت لبعض الانتقادات والتي من أهمها توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية ، وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة وصعوبة المواصلات ، ونتيجة لهذه الانتقادات فقد ظهرت محاولات لإصلاح البرامج التعليمية في هذه المراكز وذلك بوجود بما يسمى بالمدرس الزائر أو المتنقل ومهمة هذا الشخص الزائر أو المتنقل العمل على مساعدة معلمي التربية الخاصة في مراكز التربية الخاصة النهارية أو في المدرسة العادية في حل مشكلات الأطفال المعوقين الأكاديمية والاجتماعية .

وتفيد هذه البرامج مع حالت التوحد البسيطة والمتوسطة بحيث يذهب الطفل إلى المركز بشكل يومي ويتلقى الخدمات المعدة له مسبقا ً حسب وضعه ، ثم يعود الطفل إلى المنزل وهكذا ، ويعتبر هذا البرنامج من البرامج التربوية الجيدة وخصوصا ً مع حالات التوحد المتوسطة فهو يتيح الفرصة أمام الطفل لتلقي الخدمات النفسية والطبية المختلفة وفي نفس الوقت لا يعزله عن مجتمعه أو عن أسرته ، ويشترط لنجاح هذا البرنامج بل وأي برنامج آخر تعاون الأهل والاتصال المباشر المستمر بين أهل الطفل وإدارة

المدرسة المتمثلة في مدرس التربية الخاصة الذي يتعامل مع طفلهم ، والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي الخ ، وذلك لاحتواء الطفل من كافة الجوانب ومتابعة ما يتعلمه الطفل في المدرسة من خلال البيت

٣ ـ برامج الصف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية : SpeccialClassess Within Requler School

ظهرت الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية نتيجة الانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة النهارية ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الايجابية ، ويخصص في هذا النوع من البرامج صفوف خاصة للأطفال المعوقين عقلياً وسمعياً وبصرياً أو حركياً ملحقة بالمدرسة العادية ، وغالباً ما يكون عدد الأطفال المعوقين في الصف لا يتجاوز العشرة طلبة ، ويتلقى هؤلاء الأفراد برامج تعليمية مشركة في الصفوف العادية وفي نفس المدرسة ومع زملائهم من الطلبة العاديين ، ويهدف هذا النوع من البرامج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي للأطفال المعوقين ، والعاديين وفي نفس الظروف الاجتماعية المدرسية ، كما تبدو مميزات هذه البرامج قريبة في جوها العام الأكاديمي والاجتماعي من المدارس العادية ، ومع ذلك فقد وجهت لها بعض الانتقادات تتمثل في مدى صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى الصفوف العادية ، وتحديد المواد المشتركة بين المعوقين وغير المعوقين ، والمواد غير المشتركة .

وبالنسبة للأطفال التوحديين يتم دمجهم مع ذوي الاضطرابات البسيطة في صف خاص في المدرسة العادية ويتم تقديم الخدمات المختلفة المناسبة كل حسب حاجته . ويحتاج هذا البرنامج ،إلى الدعم المستمر من قبل إدارة التربية الخاصة والتعاون المستمر بينها وبين المدرسة التي تطبق البرنامج ، فقد يكون هذا الدعم على شكل دورات تأهيلية للمدرسين الذين يعملون مع الطفل المتوحد أو على شكل حلقات دراسية

٤ـ برامج الدمج :

ظهر هذا الاتجاه في التربية الخاصة للمعوقين نتيجة الانتقادات التي وجهت لبرامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية ، وللاتجاهات الايجابية نحو مشاركة الطلبة المعوقين للعاديين في الصف الدراسي ، ويعرف الدمج الأكاديمي بأنه يمثل ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد شريطة أن يستفيد الطفل غير العادي من ذلك ، وبحيث تهيئ الظروف المناسبة لإنجاح فكرة دمج الأطفال العاديين .

وتبدو مبررات هذا الاتجاه الجديد في توفير الفرص التربوية والاجتماعية المناسبة للطفل غير العادي في الصفوف العادية ، أو كما يشير كوفمانKuffman ،١٩٧٧ إلى وضع الطفل المعوق في أقل البيئات التربوية تقييداً ويقصد بذلك وضعه في المدرسة العادية ويتضمن هذا الاتجاه الجديد في تعليم الأطفال المعوقين ثلاثة مراحل رئيسية هي :

١ ــ مرحلة التجانس بين الطلبة العاديين والمعوقين .

٢ ــ مرحلة تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين

٣ ــ مرحلة تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة مدرسية ومعلمين ومشرفين .

وقد وجهت بعض الانتقادات الى مفهوم الدمج وطريقة تطبيقه ومع ذلك فإنه يبقى مرحلة مهمة من مراحل تطور برامج التربية الخاصة .

هذه البرامج من أقل البرامج شيوعاً وتطبيقاً مع حالات الأطفال التوحديين وذلك لطبيعة وخصائص الطفل التوحدي حتى في حالة التوحد البسيط .

كما أن وضع الطفل المتوحد في الصف العادي من الأمور التي تتحدى قدرات العديد من العاملين في هذا المجال على مستوى أعضاء التدريس وعلى مستوى الإدارة ، فالكثير من المدرسين العاديين وحتى مدرسي التربية الخاصة غير مهيئين للعمل مع

الأطفال المتوحدين وضمن الصف العادي ، وهمن يحتاجون إلى تأهيل وتـدريب مكثف في التعامل مع حالات التوحد .

٥- البرنامج الفردي :

بدأ الاهتمام بتعليم الأطفال ضعاف العقول والتشخيص السيكولوجي لحالتهم منذ القرن التاسع عشر في أوربا ، حيث بدأت فكرة البرامج العلاجية في فرنسا على يد الطبيب المختص بتعليم الأصماء (إيتارد) الذي حاول وضع برنامج تعليمي لتدريب الطفل المتوحش الذي وجده بعض الصيادين في إحدى غابات جنوبي فرنسا في منطقة (أفيرون) ولم يكن بمقدوره استخدام اللغة وكان عمره حين وجد عشر سنوات وكانت عارياً ويمشي على أربع ويخرج أصواتاً لا معنى لها ويأكل كالحيوانات وبعض الذين يقتربون منه، وكان ايتارد يؤمن بتدريب الحواس كوسيلة لتنمية الذكاء ولا يؤمن بمفهوم الذكاء الموروث ، اعتماداً على الفلسفة الحسية الشائعة في القرن التاسع عشر التي تبنى على أساس نظرية (جون لوك) التي ترى أن الإنسان سواء أكان سوياً أم ضعيف العقل يكتسب معلوماته وخبراته ومظاهر نموه العقلي عن طريق الإدراك الحسي ، ولهذا قامت التربية الخاصة لضعاف العقول على تدريب الحواس وبواسطة وسائل حسية .

وبعد تدريب الطفل لمدة خمس سنوات من الجهد المضني كان تقدم الطفل بسيطا

وعلى الرغم من أن النجاح الذي حققه ايتارد في تعليم هذا الطفل كان محدوداً إلا أنه وضع البني الأولى في برامج التعليم العلاجي لضعاف العقول عن طريق تدريب الحواس .

وهكذا بدأت حركة علمية انتهت اليوم بما يسمى بالعيادات النفسية التي تشخص قصور الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وتحامل وضع وتصميم التعليم العلاجي لعلاج هذا القصور .

ثم تابع خطى إيتارد علماء آخرون من أهمهم (إدوارد سيجان) الذي وضع طرائق لتدريب الأطفال القاصرين عقلياً وطور أسلوباً تربوياً خاصاً بالاضطرابات الحسية الحركية وذلك بالاعتماد على الافتراضات النفسية والعصبية القائمة ، كما أضاف إلى هذا الميدان نظريته الفيزيولوجية في تعليم ضعاف العقول .

أما طبيبة الأطفال الإيطالية ماريا مونتسوري اعتبرت أن مشكلة التخلف العقلي في الأساس مشكلة تربوية أكثر منها مشكلة طبية فأنشأت لهم مدرسة خاصة وصممت أدواتها التعليمية على أساس تدريب حواس الطفل وعضلاته ، وأن هذه الأدوات تمكن الطفل من أن يعمل نفسه بنفسه بينما تتحدد مهمة المدرس في الإشراف على هذا النشاط التعليمي وتوصلت في النهاية الى ما يسمى بطريقة ماريا مونتسوري .

قام الطبيب البلجيكي (ديكرولي) في عام ١٩٤٠ بالاهتمام بالتربية الخاصة لضعاف العقول والذي يرجع الفضل له في إرساء بعض طرق التعليم في التربية الحديثة كالطريقة الجملية وطريقة الوحدات ومراكز الاهتمام .

ويعد عالم النفس والفيزيولوجي الفرنسي (ألفريد بينيه) رائداً للحركة العلمية للقياس العقلي والتربية العلاجية للأطفال ، المتخلفين عقلياً حيث قام ببناء أول مقياس علمي منهجي في العالم لقياس ذكاء الأطفال كما قام بتطوير فصول خاصة بالطلاب المتخلفين عقلياً في باريس ، وعمل على بناء منهاج لهم ووضع برامج علاجية من أجل تدريب الانتباه وسرعة الاستجابة الحركية والمهارات الحركية ، والتعبير اللفظي والذاكرة والتميز وغيرها من الوظائف .

كما ساهمت (ديسيدرس) بوضع البرامج التعليمية العلاجية وكان أساس طريقتها التعلم بالعمل والنشاط الطبيعي للطفل وطريقتها هذه شبيه بما يسمى طريقة المشروعات والوحدات من طرائق التربية الحديثة والمعروفة .

وتعتقد اليونسكو اليوم أن النظام التربوي العام الذي يعمل وفقاً لفلسفة (مدرسة الجميع) هي أكثر الأساليب فاعلية في تشكيل مجتمعات متفهمة ، وفلسفة مدرسة الجميع لا تعني إلغاء التربية الخاصة وإنما ستركز معاهد التربية الخاصة التقليدية على ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة وستصبح التربية الخاصة جزءاً من النظام التربوي العام وليس جزءا ً منفصلاً عنه ، وهذا الأمر سيقودنا حتماً إلى أعادة النظر في أساليب التدريس الخاصة والمعدلة التي تراعي الفروق الفردية بين المتعلمين والتنوع الكبير في الفصل الدراسي فيعمد إلى تفريد التعليم والذي يعرف بالخطة التربوية الفردية ،أو البرامج الفردية التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

١-٥ المبادئ الأساسية في تصميم البرامج التربوية الفردية :

من الضروري أن نضع برنامجا ً تربويا ً فرديا ً لكل فرد معاق سواء أكان في مؤسسة تعليمية أو في طريقه للالتحاق بها ، فيجب أن يكون هذا البرنامج معدا ً قبل أن تقدم للطفل التربية الخاصة أو الخدمات المتصلة بها .

فعندما تلاحظ معلمة رياض الأطفال أن أحد الأطفال يعاني من بعض الصعوبات أو المشاكل أو الإعاقات التي تعيقه عن التحصيل والمشاركة الإيجابية في الأنشطة داخل المجموعة التي ينتمي إليها مما يستلزم ضرورياً عمل برنامج تربوي فردي له أو عندما يتقدم أحد أولياء الأمور بطلب إلحاق طفله في برامج التربية الخاصة في إحدى المؤسسات أو المدارس فإن الأمر يستلزم ، وقبل الشروع في تقديم التربية الخاصة له ، ضرورة أن يشكل فريق عمل من المتخصصين لتقرير مدى حاجة الطفل إلى البرنامج التربوي الفردي ، وتحديد نوعية المتخصصين اللازمة لتحقيق ذلك ومدى توافر هذه الخدمات في المدرسة أو في المؤسسات الاجتماعية ، وذلك بهدف تصميم برنامج تربوي فردي خاص بالطفل .

إن أحد المظاهر المهمة للعلاج هو التفكير المسبق في تحديد ماذا تدرس وكيف تدرس ونعرض هنا عشرة مبادئ أساسية للتخطيط للتعليم العلاجي :

١. اكتشف الحاجات الخاصة للطفل .
٢. طور أهدافاً سنوية وأهدافاً مرحلية .
٣. حلل المهمة التي سيتم تعلمها .
٤. صمم التعليم في مستوى الطفل
٥. قرر كيف تدرس .
٦. اختر المكافئات الملائمة للطفل .
٧. إعداد الطفل بشكل يجنب الطفل في الوقوع في الخطأ .
٨. توفير التعليم الزائد .
٩. توفير التغذية الراجعة .
١٠. تحديد مدى تقدم الطفل .

٥-٢- خطة التعليم الفردية لطفل التوحد :

بشكل عام تشمل برامج ومناهج الأطفال التوحديين على الجوانب والخيارات الأساسية التالية :

أولاً- تعديل السلوك :

تشتمل العديد من البرامج الخاصة بالأطفال التوحديين على أساليب تعديل السلوك وذلك للتعامل مع أشكال السلوك غير السوية لديهم ، فقد تركز بعض تلك البرامج على تغير السلوك الغير المناسب إلى السلوك المناسب أو على الأقل التخفيف من حدة السلوك الغير مناسب ، وللقيام بذلك تتبع أساليب سلوكية مختلفة وتبدأ كلها بتحديد ومعرفة أسباب تلك السلوكيات ومن ثم وضع البدائل العلاجية لتعديلها ، بالإضافة إلى التدريب على السلوك البديل أو السلوك السليم ، فقد لا يكفي أحياناً أن نعدل سلوك ما غير سوي أو نوقفه بل يجب أن يقدم التدريب السوي على السلوك المقابل السوي .

هذا ويعتمد تعديل السلوك على عدد من الاستراتيجيات التي تساعد الفـرد علـى تعلمه السلوك المرغوب فيه والتخلص من السلوك غير المرغوب فيه ، مثل التعزيـز ، التشكيل ، مبدأ بريماك ، تسلس الاستجابة ، التعليم المبرمج ، التعليم الذاتي ، الإخفـاء والتغذية الراجعة .

ثانياً : المهارات الاجتماعية :

من المظاهر الأساسية للطفل التوحدي هو عدم قدرته على إقامة أي نـوع مـن العلاقات الاجتماعية حتى مع أقرب الناس إليه ، ولذلك يجب التركيـز علـى هـذا الجانب وتشجيع وتعزيز أي سلوك يقوم به الطفل في هذا المجـال وذلـك مـن خلال الطرائق التالية :

١. استخدام برامج تعديل السلوك .
٢. التركيز على النشاطات الاجتماعية التي توفر الجو للمشاركة الاجتماعية .
٣. إتباع برنامج الرحلات المنظم .
٤. القيام بعمل بعض الحفلات والمسابقات المختلفة .
٥. تشجيع برنامج مشاركة الأهل في التدريس .
٦. استخدام برامج الدمج المختلفة وخاصة مع حالات التوحد البسيطة والمتوسطة .

وهناك عدة طرق يمكن من خلالها تطـوير وتشـجيع المهـارات الاجتماعية لدى الطفل ومنها :

١. توجيه تعليم المهارة
٢. طرق وأساليب التعزيز والتشجيع السالفة الذكر .
٣. استراتيجيات مبادأة القرين .
٤. تلقن وإرشاد القرين .

□

ثالثاً : المهارات اللغوية :

يعاني الأطفال التوحديين من ضعف شديد في اللغة سواء اللغة التعبيرية (اللفظية، اللغة غير اللفظية) أم اللغة الاستقبالية،وبما أن اللغة تلعب دوراً هاماً في العملية العلاجية والتربوية فلا بد من وضع الخطط والأهداف التربوية من أجل مساعدة الطفل إلى أقصى ما لديه من طاقات وظيفية في هذا المجال . وتشتمل المهارات اللغوية على ما يلي:

١. تعليم الطفل كيف يطلب أي شيء يريده باستخدام الكلمات المفردة للإشارة الأشياء.
٢. تعليمه معنى كلمة نعم ومعنى كلمة لا ومتى نستخدمها.
٣. تعليم الطفل كيف يفسر بعض الإشارات مثل إشارة لا بالإصبع.
٤. تعليمه التعبير عن حاجاته المختلفة .
٥. تدريبه على الاستجابة للأوامر المختلفة مثل تعال.
٦. تعليمه مسميات بعض الأشياء من خلال الإشارة إليها.
٧. تعليمه مفاهيم بعض الأسئلة مثل : أين، متى.الخ.
٨. استخدام الموسيقى لتعليم بعض المفردات أو الجمل.
٩. استخدام علاج النطق في البرنامج .
١٠. تشجيع الطفل على التواصل البصري والنظر مباشرة في عين المتحدث

رابعاً :ـ العلاج باستخدام الموسيقى :

يستخدم العلاج الموسيقي في العديد من المواقف التعليمية المختلفة مع الأطفال التوحديين ، فقد يستخدم في تعليم جوانب معرفية ، أو أثناء التدريب على مهارات الحياة الأساسية ، كما يمكن تقديم العلاج الموسيقي بصورة منفصلة فقد ثبت أن للموسيقى تأثير على الطفل التوحدي ، وقد تستخدم كتعزيز عند قيام الطفل بالسلوك المناسب.

خامساً : المهارات الحركية :

تعتبر المهارات من الجوانب المهمة لدى الطفل لتمكينه من القيام بالأمور حياته اليومية المختلفة بالشكل السليم ، ولما كان الطفل التوحدي يقوم ببعض أشكال السلوك الحركي الذي يعوق من قدرته التعليمية مثل سلوك الرفرفة أو الأرجحة باليدين والأصابع .... الخ .

لذلك كان لابد من الاهتمام بهذا الجانب وتعديله بأساليب مختلفة مثل :

1. **أساليب تعديل السلوك وما تحتويه من استراتيجيات التعزيز .**
2. **العلاج الطبيعي .**
3. **البرنامج الرياضي .**

سادساً : مهارات الاستقلالية الذاتية :

تعتبر المهارات الاستقلالية من أهم المهارات التي يجب التركيز عليها في تدريب وتعليم الأطفال التوحديون، بل أنها أكثر أهمية من المهارات الأكاديمية، لأنه في حالة تدني القدرات العقلية تصبح مهارات العناية بالذات أهم من غيرها خصوصاً مع حالات التوحد الشديدة، وذلك لمساعدة الطفل التوحدي مستقبلاً على الاعتماد على نفسه وإيصاله إلى أقصى ما لديه من قدرات في مختلف الجوانب .

وتعتبر خطة التعليم الفردية الأداة الأساسية التي يستخدمها المدرس في وضع وتحديد الأهداف وتحديد الطرق والأساليب المتبعة لتحقيقها ومعايير تقيمها .

سابعاً : المهارات الأكاديمية :

تعتبر المهارات الأكاديمية من المهارات الهامة بالنسبة لكل الأطفال ذوي الحاجات الخاصة لتمكينهم من القيام بأمور حياتهم اليومية بالشكل المناسب ، وبالنسبة للأطفال التوحدين فإن المهارات الأكاديمية مهمة أيضاً ولكنها ليست بنفس درجة الأهمية مقارنة مع المهارات الاستقلالية ، والسبب في ذلك يعود إلى اعتماد المهارات الأكاديمية على القدرة العقلية للطفل .

وتشمل المهارات الأكاديمية تعليم وتدريب الأطفال على مبادئ القراءة والكتابة والحساب ، مثل التعرف على بعض الكلمات وأسماء الأشياء مثل أن يشير الطفل إلى أسمه من بين بطاقات موجودة أمامه .أي أن المهارات الأكاديمية يجب أن تركز على تقديم المعلومات الأولية والعامة والتي سيحتاج أليها الطفل المتوحد في حياته المستقبلية ولا ينصح بالتعمق في تعليم الطفل تفاصيل العمليات الحسابية أو القراءة أو الكتابة خصوصاً مع حالات التوحد الشديدة .

ثامناً : برنامج تنظيم الروتين :

من البرامج التي أثبتت فعاليتها مع الأطفال التوحديون ، هو برنامج تنظيم الروتين الذي اعتمد في الأساس على الخاصية التي يتميز بها العديد من الأطفال المتوحدون وهي حب الروتين ، ورفض التغيرات في البيئة ، فقد أشارت العديد من الدراسات أن الطفل التوحدي يتعلم ويتجاوب بشكل أفضل إذا حافظنا على نفس البرنامج وبنفس النظام وبنفس البيئة، فالروتين هنا يساعد الطفل على الاستيعاب والفهم والاعتماد على النفس، ويشمل برنامج تنظيم الروتين الأمور التالية :

١. التنظيم البيئي .
٢. الجدول اليومي .
٣. نظام العمل الفردي .

تاسعاً: مهارات السلامة والأمن :

تعتبر مهارات السلامة والأمن من المهارات الهام لكل ذوي الحاجات الخاصة، ولكنها أشد أهمية لتعليمها للأطفال التوحديين، آخذين بعين الاعتبار طبيعة الطفل المتوحد والعزلة النفسية التي يعيشها وعدم شعوره بمن حوله وعدم وعيه للأخطار المختلفة في بيئته.

وتشمل مهارات السلامة والأمن تعليم الطفل لأشارت الطريق وكيفية عبور الشارع وتوعيته لبعض المخاطر الأخرى حسب بيئته ، ويمكن للمعلم تعليم هذه المهارات من خلال استخدام الصور والبطاقات وغيرها من الأساليب التي توصل الطفل إلى تحقيق هدف توعيته بمهارات السلامة والأمن .

عاشراً - المهارات الترفيهية :

لقد أثبتت العديد من الدراسات أن المهارات الترفيهية ضرورية للأطفال المتوحديين لما توفره من عناصر السرور والبهجة وتوفير خبرات حياتية جديدة، بالإضافة إلى ما توفره من فرص للتفاعل الاجتماعي وإقامة تواصل وعلاقات اجتماعية من خلال الاختلاط بالأطفال الآخرين.

أحد عشر : المهارات المهنية المختلفة :

وتعتبر الخدمات المهنية المرحلة الثالثة التي يمر بها الطفل ذوي الحاجات الخاصة في برامج التربية الخاصة والتي تبدأ بتقديم الخدمات التربوية المختلفة التدريبية ومن ثم ينتقل الطفل إلى المرحلة الثانية وهي مرحلة التهيئة المهنية التي يتم من خلالها الكشف عن ميول وقدرات الطالب على تعلم مهنة أو حرفة ما كل حسب طاقته من خلا ل تهيئته للتدريب على تلك المهارة وإعطائه المبادئ الأساسية للقيام بها ومن ثم ينتقل الطالب إلى المرحلة الثالثة وهي مرحلة التأهيل المهني التي تتضمن مزاولة والتدريب العملي على تلك الحرفة أو المهارة وبالتالي تهيئته لمزاولة تلك المهنة لاحقاً .

ويتبع نظام تحليل المهارة وتقديمها للطالب بشكل متسلسل واستخدام نفس مبدأ تحليل المهارة إلى عدة أجزاء وتقديم التعزيز المناسب في كل مرة يقوم فيها الطفل بأداء السلوك المناسب وهكذا إلى أن يتقن الطالب المهنة.

المراجع

المراجع باللغة العربية

- الزريقات، إبراهيم (٢٠٠٤). التوحّد: الخصائص والعلاج. عمّان: دار وائل.
- شاش، سهير (٢٠٠١). اللعب وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. القاهرة: دار القاهرة.
- الشامي، وفاء (٢٠٠٤). خفايا التوحّد، أشكاله وأسبابه وتشخيصه. جدة: مركز جدة للتوحد.
- الشمّري، طارش؛ السرطاوي، زيدان (٢٠٠٢): صدق وثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحّد الطفولي. مجلة أكاديمية التربية الخاصة، ١ (١)، ١-٣٩.
- عليوه، سهام(١٩٩٩). فاعلية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الأوتيزم) لدى الأطفال. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة طنطا، كفر الشيخ، مصر.
- عيسى، أيفا(١٩٩٣). المرشد العملي لحل المشاكل السلوكية في مرحلة ما قبل المدرسة. الرياض: مكتب التربية العربي لدول الخليج. ترجمة: عبد العزيز الدخيل، ويوسف أبو حميدان، ومحمد الملا.
- الغامدي، عزة (٢٠٠٣). العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحّد. رسالة دكتوراه غير منشورة.، كلية التربية، الرياض، السعودية.
- فرج، صفوت؛ ورمزي، ناهد(١٩٩٠). مقياس السلوك التوافقي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- كوهين، سايمون؛ بولتون، باتريكن (٢٠٠٠). حقائق عن التوحّد. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة. ترجمة: عبد الله إبراهيم الحمدان.

- محمد، هالة (٢٠٠١). تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحّد. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- نجدي، سميرة، (٢٠٠١). برامج وطرق تربية الطفل المعوق قبل المدرسة. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- نصر، سهى (٢٠٠٢). الاتصال اللغوي للطفل التوحّدي، التشخيص، البرامج العلاجية. عمّان: دار الفكر.
- يحيى، خولة (٢٠٠٠): الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمّان: دار الفكر.

المراجع باللغة الأجنبية

- Koegel , Koegel(١٩٩٩) : Extended Reduction In Stereotypic Behavior Of Students With Autism Through Aself Management Treatment Package ,journal Of Applied Behavior Analysis ٢٣ p١١٩-١٣٠ .
- Koita ,Hisami ,Sonoyama ,Shigeki ;(٢٠٠٧) : Communication training With The picture Exchange Commication System (pecs) For Children With Autism Disorder ,The training Program And Current And Future ,Japanese, Journal Of Behavior Analysis ,Vol .١٨ ,p١٢٠-١٣٠.
- Lovaas ,O, Meacham, John ,Smith (١٩٩٣) : Long –term Outcome For Children With Autism Who Received Early Intensive Behavioral treatment American ,Journal On Mental Retard Retardation ,J. Vol ,٩٧ (٤)p.٣٥٧-٣٧٢.

- Mac Duffyppy (١٩٩٣) : Teaching Children With Activity to use photographic Activity Schedule, Maintenance And Generalization Of Complex Response Chains ,Journal Journal Of Applied Behavior Analysis ,vol (١) n٦pp.٨٩-٩٥.
- Maria ,Jean ,(٢٠٠٢) : Navigating The social World : A curriculum For Individual With Aspersers Syndrome ,High Function Autism And related Disorders ,Web Site : http//www .Futurhorizons-autism .com.
- NathalyBuhaghiar , L. (٢٠٠٥) : Therapists Experience Of Treating preschool Autistic Children ,paper in conference Autism : http : //www. Autism٩٩.org.
- Perissler ,Melissler (٢٠٠٧) : The Efficacy Of Asocial Skills Training program For Children With Autism Spectrum Disorder,(ph-D)- New York University Of Utah ,vol ,٦٤-٠٣
- Prissier , Melissa Lynn Allen (٢٠٠٦) : Symbolic Understanding Of Picture And Words In Low Functioning Child With Autism And Normally Developing ١٨-And ٢٤-Month Old Toddler . Book ,New your University ,v ٦٤-٠٥.٢٤٥٢.